

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

# Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

*No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.*

[info@boomamsterdam.nl](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

# Noodzaak van Landelijke Implementatie van Getrapte Zorg voor het Chronisch Vermoeidheidssyndroom

Marcia Tummers<sup>1</sup>, Hans Knoop<sup>2</sup>, Arno van Dam<sup>3</sup>, Jan F.W. Wiborg<sup>4</sup>, Michel Wensing<sup>5</sup> en Gijs Bleijenberg<sup>6</sup>

## SAMENVATTING

Er zijn ongeveer 30.000 tot 40.000 patiënten in Nederland die lijden aan het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS). Op dit moment is specifiek behandel aanbod voor CVS beperkt: de vraag is groter dan het aanbod. In de afgelopen jaren is er onderzoek gedaan naar de mogelijkheden om cognitieve gedragstherapie (CGT), één van de weinige behandelingen voor CVS waarvan de effectiviteit is aangetoond, te implementeren in GGZ-instellingen. Dit bleek mogelijk, mits specialisten in de behandeling voor CVS dit proces begeleiden. Recent werd aangetoond dat een minimale interventie gebaseerd op het protocol van CGT voor CVS, zelfbehandeling met e-mail ondersteuning, effectief is in het reduceren van vermoeidheidsklachten en beperkingen. Deze twee behandelvormen, zelfbehandeling met e-mail ondersteuning op basis van het protocol van CGT voor CVS en individuele CGT, vormen samen een model van getrapte

1 M. Tummers MSc, bewegingswetenschapper, werkzaam als junior onderzoeker bij het Nijmeegs Kenniscentrum Chronische Vermoeidheid, Postbus 9101, 6500 HB, Nijmegen, m.tummers@nkv.umcn.nl, 024-3610048

2 Dr. H. Knoop, klinisch psycholoog, werkzaam als universitair docent bij het Nijmeegs Kenniscentrum Chronische Vermoeidheid, Postbus 9101, 6500 HB, Nijmegen, j.knoop@nkv.umcn.nl, 024-3610042

3 Drs. A van Dam, klinisch psycholoog, werkzaam als hoofd programma klachtgerichte behandeling en hoofd wetenschappelijk onderzoek bij GGZ WNB. Postbus 372, 4600 AJ, Bergen op Zoom, arno.van.dam@ggzwnb.nl. 0164-289497

4 J. Wiborg MSc, werkzaam als psycholoog bij het Nijmeegs Kenniscentrum Chronische Vermoeidheid, Postbus 9101, 6500 HB, Nijmegen, j.wiborg@nkv.umcn.nl, 024-3610048

5 Prof. dr. M. Wensing, werkzaam als implementatie onderzoeker bij IQ healthcare, Geert Grooteplein noord 21, 6525 EZ, Nijmegen, m.wensing@iq.umcn.nl, 024-3666264

6 Prof. dr. G. Bleijenberg, klinisch psycholoog en hoofd van Nijmeegs Kenniscentrum Chronische Vermoeidheid, Postbus 9101, 6500 HB, Nijmegen, g.bleijenberg@nkv.umcn.nl, 024 3610042

Correspondentieadres: Marcia Tummers, UMC St Radboud, Nijmeegs Kenniscentrum Chronische Vermoeidheid, Huispost 4628, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen, Tel 024-3610048, Fax 024-3610041, E-mail: M.Tummers@nkv.umcn.nl

zorg voor cvs. In dit model ontvangt een patiënt met cvs eerst de minimaal invasieve interventie, zonodig gevolgd door individuele CGT. Het is wenselijk om dit model van getrapte zorg voor cvs landelijk te implementeren, zodat het straks voor iedere cvs patiënt mogelijk is om in zijn of haar regio een effectieve behandeling te ontvangen. In dit artikel worden concreet de stappen die noodzakelijk zijn voor landelijke implementatie voor cvs beschreven.

## INLEIDING

### *Wanneer heeft iemand last van cvs?*

Vermoeidheid is voor veel mensen een dagelijkse ervaring. De volgende morgen of na rust is die vermoeidheid meestal weer over. Maar als de vermoeidheid ernstig is, langer dan zes maanden duurt en samengaat met beperkingen in het functioneren, kan er sprake zijn van het chronisch vermoeidheidssyndroom (cvs). Zeker als er naast de vermoeidheid nog andere klachten zijn, zoals spierpijn, gewrichtspijn, hoofdpijn en concentratie- en of geheugenproblemen. Er wordt pas gesproken van cvs als er geen lichamelijke verklaring is voor de vermoeidheid. In Nederland zijn er naar schatting tussen de 30 000 en 40 000 patiënten met cvs (Gezondheidsraad, 2005; Knoop & Bleijenberg, 2010). Een recent uitgevoerde studie geeft zelfs aanwijzingen dat deze aantallen veel hoger liggen (Van't Leven, Zielhuis, Van der Meer, Verbeek & Bleijenberg, 2010)

### *Wat zijn de behandelmogelijkheden?*

Cognitieve gedragstherapie (CGT) voor cvs is een van de weinige behandelingen met aangetoonde effectiviteit (Malouff, Thorsteinsson, Rooke, Bhullar, & Schutte, 2008; Price, Mitchell, Tidy & Hunot, 2008). CGT is er op gericht om cognities en gedrag die de vermoeidheid in stand houden te veranderen. Belangrijke elementen in de behandeling zijn verandering van dysfunctionele vermoeidheidsgerelateerde cognities (verhogen van de self-efficacy, vermindering van catastroferen en de lichaamsgerichtheid), veranderen van de communicatie over vermoeidheid met anderen en het reguleren en doen toemenen van activiteiten (Knoop & Bleijenberg, 2010). CGT is effectief, maar het blijkt voor behandelaars en patiënten geen gemakkelijke behandeling (Prins, Bazelmans, Vercoulen, & Bleijenberg, 2002). Het is een intensieve therapie van 13 tot 16 sessies, waarvoor getrainde gedragstherapeuten nodig zijn. In de afgelopen jaren is CGT voor cvs in een drietal GGZ-instellingen geïmplementeerd, maar de landelijke behandelcapaciteit is nog onvoldoende. Uitbreiding van de behandelmogelijkheden, waarbij meer patiënten met cvs die zorg krijgen die zij nodig hebben, is dringend gewenst.

### *Wat is getrapte zorg voor cvs?*

Getrapte zorg houdt in dat een patiënt die zorg krijgt die hij of zij nodig heeft. Voor patiënten met cvs betekent dit het volgende. De eerste stap is zelfbehandeling met e-mailondersteuning. Zelfhandeling bestaat uit een werkboek met zelfinstructies gebaseerd op het protocol van CGT voor cvs. Het is een behandeling die thuis zelfstandig door de patiënt kan worden uitgevoerd en ondersteund wordt door middel van e-mailcontact met een gedragstherapeut. Deze minimale interventie is de eerste stap binnen een model van getrapte zorg voor cvs. Individuele CGT voor cvs wordt aangeboden als de minimale interventie onvoldoende effectief is of bij patiënten waarvan op voorhand al kan worden ingeschat dat ze van de zelfbehandeling niet profiteren. In 2008 werd in een derdelijns instelling middels een gerandomiseerde gecontroleerde studie aangetoond dat zelfbehandeling met e-mailondersteuning effectief is (Knoop, Van der Meer & Bleijenberg, 2008). Ook het model van getrapte zorg is getoetst op zijn effectiviteit, zie het artikel over getrapte zorg elders in dit nummer (Tummers, Knoop & Bleijenberg, 2010).

### *Waar kan getrapte zorg voor cvs geïmplementeerd worden?*

Instellingen of organisaties moeten aan een aantal criteria voldoen voor zij in aanmerking komen voor implementatie van getrapte zorg voor cvs. Zo is het belangrijk dat er in de organisatie meerdere psychologen werkzaam zijn, zodat intervisie kan plaatsvinden. Op deze manier kan tevens continuering van de opgedane kennis beter gewaarborgd worden. Verder is het absoluut nodig dat psychologen die de behandeling uitvoeren tenminste cognitieve gedragstherapeut (in opleiding) zijn en bereid zijn om tijd vrij te maken voor training en supervisie. Daarnaast moet de organisatie of instelling in staat zijn om behandelingen met een duur van 13-16 sessies uit te voeren. Twee organisaties komen in aanmerking voor implementatie van CGT voor cvs: eerstelijnspraktijken en GGZ-instellingen. Ziekenhuizen komen anno 2011 niet in aanmerking, omdat een huisarts niet direct kan verwijzen naar een psycholoog die werkzaam is in het ziekenhuis. Patiënten worden dan vaak eerst naar een medisch specialist verwezen (internist of neuroloog) die vaak extra medisch onderzoek laat verrichten waardoor de kosten van zorg onnodig hoger worden.

Psychologen in de eerste lijn hebben ervaring met patiënten met lichamelijke klachten. Dit maakt deze setting tot een potentieel geschikte locatie om getrapte zorg te implementeren. Er zijn echter ook belemmeringen. CGT voor cvs is een langdurige behandeling, waardoor eerstelijnspraktijken de behandeling waarschijnlijk niet volledig vergoed krijgen. Daarnaast zijn eerstelijnspraktijken veelal solopraktijken, waardoor er geen intervisie kan plaatsvinden. GGZ-instellingen lijken meer geschikt om getrapte zorg voor cvs te implementeren. Het specialistische karakter van CGT voor cvs past goed bij de huidige ontwikkelingen. CGT is een vorm van psychotherapie waarmee GGZ-instellingen vertrouwd zijn. Voor diverse andere problemen, zoals angststoor-

nissen en depressies wordt CGT in deze instellingen al met succes toegepast. Dit betekent dat er voldoende opgeleide therapeuten beschikbaar zijn en er meerdere therapeuten tegelijkertijd geschoold kunnen worden in CGT voor CVS. Daarmee is ook de continuïteit van zorg beter gegarandeerd, indien een medewerker uitvalt gaat de kennis over de behandeling van CVS patiënten niet verloren. Onze voorkeur gaat daarom anno 2011 uit naar implementatie van getrapte zorg voor CVS in een GGZ-instelling. Het artikel zal zich hier verder op toespitsen.

#### **METHODE VAN IMPLEMENTATIE**

##### *Welke stappen zijn nodig voor implementatie?*

In 2003 werd begonnen met de implementatie van CGT bij GGnet, de GGZ-instelling in de regio Oost-Gelderland. Na drie jaar werden zowel de proces als effectmaten van de behandeling onderzocht. Het bleek mogelijk om CGT voor CVS te implementeren onder bepaalde voorwaarden (Scheeres, Wensing, Knoop, & Bleijenberg, 2008). Deze voorwaarden zijn gebundeld in een handleiding, die gebruikt kan worden als handvat voor overige GGZ-instellingen die belangstelling hebben in de implementatie van CGT voor CVS (Scheeres & Bleijenberg, 2006). De belangrijkste voorwaarden staan hieronder vermeld. Hierbij gaat het om de bereidheid van de organisatie/management/therapeuten tot:

1. Therapeuten opgeleid in de gedragstherapie beschikbaar stellen voor training en supervisie. Hiermee zorgt de organisatie ervoor dat voldoende deskundigheid aanwezig komt om de behandelingen uit te voeren en de kwaliteit van de behandeling te waarborgen.

Uit ervaring is duidelijk geworden dat CGT voor CVS een voor therapeuten lastig uit te voeren behandeling is en dat deze behandeling alleen met voldoende effectiviteit kan worden uitgevoerd door gedragstherapeuten die getraind zijn in CGT voor CVS (Bazelmans, Prins, Hoogveld, & Bleijenberg, 2004). Voorwaarde voor het kunnen volgen van deze training is dat therapeuten een door de VGCT erkende basis cursus gedragstherapie hebben gevolgd en in opleiding zijn tot cognitief gedragstherapeut bij de VGCT. Er is een certificeringregeling ontwikkeld die erop moet toezien dat (1) CVS patiënten worden behandeld door ervaren en goed opgeleide therapeuten, die (2) hun behandelingen op zorgvuldige wijze evalueren, en (3) daarvoor aangewezen instrumenten gebruiken en zich (4) voldoende bijscholen (voor meer informatie zie: [www.umcn.nl/cv](http://www.umcn.nl/cv)).

De moeilijkheden bij het uitvoeren van de behandeling van CVS blijken zich onder andere voor te doen bij het motiveren van patiënten, het voorkomen van drop out, het identificeren en effectief uitdagen van relevante cognities, het bespreken van herstel als doel, het oplossen van problemen bij de activitei-

tenregulering, het omgaan met pijnklachten tijdens de behandeling, het ontwerpen en implementeren van werkhervattingplannen en het omgaan met co-morbiditeit (Bazelmans et al., 2004; Knoop & Bleijenberg, 2010).

Voor GGZ-instellingen zijn patiënten met cvs een nieuwe doelgroep. Het is belangrijk dat de therapeuten leren omgaan met patiënten met een somatische attributie. Het motiveren van patiënten in de beginfase is dan ook een kunst en tevens cruciaal. Het scheppen van de juiste voorwaarden voor een behandeling verhoogt de slaagkans. De (verandering van) houding van de patiënten is hierin een belangrijk element.

Supervisie gedurende één tot twee jaar, afhankelijk van de intensiteit en de case load, door een in cvs gespecialiseerde gedragstherapeut is noodzakelijk voor het goed kunnen uitvoeren van cvs behandelingen en is dan ook één van de voorwaarden voor certificering. In de training van CGT voor cvs, waarbij onder andere gebruik gemaakt wordt van simulatiepatiënten, wordt op gedegen wijze kennisgemaakt met het protocol zodat therapeuten hier mee aan de slag kunnen. In de eerste jaren zullen therapeuten echter altijd tegen problemen aan lopen. Deze problemen dienen besproken te kunnen worden wil de therapeut verantwoord verder kunnen behandelen en de juiste beslissingen kunnen nemen.

2. Organisatorische voorwaarden creëren, zodat cvs patiënten kunnen worden aangemeld.

Een organisatorische voorwaarde is het instellen van een aparte verwijsprocedure in de vorm van een eigen toegangsprogramma voor cvs. Dit houdt in dat patiënten die verwezen worden voor cvs niet bij een algemeen toegangsprogramma binnenkomen voor intake, maar direct verwezen worden naar een therapeut van het cvs programma. cvs patiënten attribueren hun klachten veelal als somatisch wat niet goed aansluit bij een 'typische' intake in een GGZ-instelling. Een reguliere intake sluit, zo is de ervaring, niet aan bij de beleving van de klachten en kan daarom leiden tot vroegtijdige drop-out. Een specifieke intake met gerichte aandacht voor cvs is dan ook wenselijk. Een eigen toegangsprogramma kan bewerkstelligd worden door het aanmaken van een e-mailadres, waar verwijzers patiënten voor het cvs programma direct kunnen aanmelden.

3. Huisartsen, overige potentiële verwijzers en patiënten informeren, zodat zij bekend raken met het behandel aanbod.

Verwijzers zijn belangrijk voor het welslagen van een implementatie van behandeling voor cvs en dienen dan ook op de hoogte te worden gesteld van de mogelijkheid om patiënten met cvs te verwijzen naar een GGZ-instelling. Diverse informatie activiteiten kunnen helpen verwijzers bekend te maken

met de nieuwe verwijzingsmogelijkheid. Daarnaast moeten verwijzers ook cvs kunnen herkennen, diagnosticeren en moeten ze patiënten kunnen motiveren voor behandeling. Behalve informatie over de behandeling moeten artsen dus ook educatief materiaal ontvangen en zich eigen maken. Met name dit laatste punt is een lastig probleem. Artsen worden voortdurend van allerlei kanten geïnformeerd. Het is daarom zinvol om het verstrekken van informatie regelmatig te herhalen en om bovendien verschillende kanalen te gebruiken. Het herhaaldelijk verstrekken van schriftelijke informatie onder huisartsen is effectief gebleken. 'Herhaaldelijk' houdt in dat gedurende de eerste twee jaar ten minste vier maal een informatieve brief en brochure wordt toegestuurd aan alle verwijzers (Scheeres, Wensing, Mes & Bleijenberg, 2007).

Naast schriftelijke informatie zijn ook kleinschalige informatiebijeenkomsten effectief gebleken als aanvullende interventie. Deze bijeenkomsten bieden een uitgelezen gelegenheid voor artsen om vragen te stellen, in discussie te gaan en eventuele scepsis te uiten over bijvoorbeeld de diagnose of behandel-effecten. Een goede manier om een dergelijke bijeenkomst te organiseren is door samenwerking te zoeken met het districtshuisartsengenootschap en/of de werkgroep deskundigheidsbevordering daarvan. Accreditatie aanvragen voor artsen die deze bijeenkomst bijwonen zal de opkomst verhogen.

4. Direct en minder direct betrokkenen bij de instelling informeren en inwerken, zodat cvs patiënten bij het juiste behandelprogramma worden aangemeld.

Zoals bij ieder specifiek behandelaanbod is slechts een beperkt aantal mensen in de instelling direct betrokken bij de behandeling voor cvs. Het is echter belangrijk dat ook minder direct betrokkenen goed op de hoogte raken van het hoe, wat en waarom van de nieuwe behandeling en de nieuwe doelgroep. Op deze manier kan worden voorkomen dat cvs patiënten in het verkeerde behandeltraject komen.

Om mogelijke verkeerde verwijzingen te voorkomen dienen vooral medewerkers van de afdeling intake, programmaleiders en medewerkers die veel screening- en intakegesprekken voeren goed geïnformeerd te zijn. Omdat GGZ-instellingen meestal veel medewerkers in dienst hebben die bovendien op verschillende locaties werkzaam zijn, is het niet eenvoudig iedereen goed te informeren. Mogelijke middelen zijn één of meer presentaties op bijeenkomsten van de GGZ instelling te organiseren, en/of enkele malen een artikel in het personeelsblad van de instelling te plaatsen.

5. Klachten en beperkingen van patiënten vooraf en na afloop van de behandeling meten, zodat behandelresultaten in beeld kunnen worden gebracht en kunnen worden teruggekoppeld.

De behandeling van cvs is gericht op herstel en niet op het leren omgaan met de vermoeidheid. Om te kunnen vaststellen of dit doel bereikt is, is het van belang elke behandeling met betrouwbare en valide meetinstrumenten te evalueren. Hiervoor kunnen de Checklist Individuele Spankracht (voor vermoeidheid) (Vercoulen, Alberts & Bleijenberg, 1999) en de Rand-36 subschalen Sociaal en Fysiek functioneren (voor beperkingen) (Stewart, Hays & Ware, 1988; van der Zee & Sanderman, 1993) gebruikt worden. Er zijn Nederlandse normen van deze vragenlijsten beschikbaar. Het evalueren van het resultaat van elke behandeling is ook een voorwaarde voor certificering. Zonder een dergelijke evaluatie kan niet nagegaan worden of de instelling in staat is tot het uitvoeren van een effectieve behandeling voor cvs. Belangrijker nog is de evaluatie voor patiënten en therapeuten, omdat op deze wijze ondubbelzinnig vastgesteld kan worden of er (voldoende) verbetering is na de interventie. Het is nuttig deze informatie ook in het evaluatiegesprek met de patiënt te gebruiken.

## RESULTATEN

### *Wat zijn de ervaringen met implementatie in een GGZ-instelling met gebruikmaking van de handleiding?*

Op basis van de ervaringen uit het project in 2003 werd in 2007 samen met GGnet, GGZ Westelijk Noord-Brabant en PsyQ Rijnmond een praktijkproject gericht op de implementatie van CGT voor cvs gestart. Gedurende twee en een half jaar zijn er door de instellingen data verzameld over de behandeling van cvs patiënten. Bij GGnet was de vraag of zij de reeds geïmplementeerde behandeling op een vergelijkbaar niveau zonder hulp konden blijven hanteren. GGZ Westelijk Noord-Brabant en PsyQ Rijnmond hebben CGT voor cvs zelfstandig geïmplementeerd aan de hand van de handleiding. Iedere instelling kreeg daarbij een budget om een eigen aandachtsfunctionaris voor cvs aan te stellen. Deze kreeg de taak de implementatie intern te organiseren en voor continuïteit van het zorgaanbod te zorgen. De rol van de specialisten in de behandeling voor cvs zou beperkt blijven tot de training en supervisie van therapeuten.

GGnet bleek in staat het zorgaanbod op een vergelijkbaar niveau voort te zetten. Het probleem van een relatief hoge drop-out van patiënten tijdens intake en behandeling, dat ook al werd gesignaleerd bij de eerdere implementatie, kon niet worden opgelost. De ervaring suggereert dat deze drop-out gedeeltelijk vermijdbaar is als patiënten direct kunnen starten met de intake en behandeling. GGZ Westelijk Noord-Brabant en PsQ Rijnmond hadden beiden problemen gedurende het eerste jaar van de implementatie. Problemen zoals het op gang brengen van verwijzingen voor het nieuwe behandelaanbod of het afronden van behandelingen deden zich voor. Er werd daarom halverwege het project besloten om, in overleg met alle betrokken instellingen, meer



ondersteuning te bieden bij het vervolg van de implementatie. Zo werden acties ondernomen om de werving van patiënten op gang te brengen en werden de instellingen voorzien van regelmatige feedback. Middels deze begeleiding was het voor alle instellingen mogelijk om CGT voor CVS succesvol te implementeren.

Het belangrijkste leerpunt van dit praktijkproject is dat GGZ-instellingen in staat zijn om CGT voor CVS zelfstandig op een kwalitatief hoog niveau aan te bieden, mits er vanaf de start gedurende twee jaar voldoende ondersteuning aanwezig is door specialisten in de behandeling van CVS. Ook als instellingen bereid zijn om te investeren in het behandelaanbod en er een aandachtsfunctionaris wordt ingezet om de implementatie intern te organiseren blijkt dat deze externe ondersteuning een voorwaarde is voor succesvolle implementatie. Gedurende deze hele periode (en daarna) is het monitoren van de behandeluitkomsten essentieel om de kwaliteit van zorg en het succes van de implementatie te kunnen waarborgen.

Tegelijkertijd met bovenstaand project is de eerste stap van getrapte zorg voor CVS, zelfbehandeling met e-mailondersteuning, getoetst in een GGZ-instelling (GGZWNB). In een gecontroleerde, gerandomiseerde trial is nagegaan of sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, waarvan sommige met beperkte gedragstherapeutische ervaring, in staat zijn om de minimale interventie met succes uit te voeren. De eerste voorlopige resultaten laten zien dat na zelfbehandeling patiënten significant minder vermoeidheidsklachten rapporteren. Deze gevonden resultaten zijn ongeveer even gunstig als de eerder genoemde studie waarin de zelfbehandeling werd begeleid door gedragstherapeuten (Knoop et al., 2008).

## DISCUSSIE

### *Problemen bij implementatie*

De ervaringen van de eerste studies leren ons dat er zich een aantal problemen kunnen voordoen bij implementatie. Deze worden hieronder kort beschreven:

- **Toestroom van patiënten**  
Het aantal patiënten dat verwezen wordt voor behandeling naar een nieuwe instelling is variabel en afhankelijk van communicatie-activiteiten. Voor therapeuten is het van belang dat zij minimaal 6 patiënten per jaar kunnen behandelen om voldoende ervaring te kunnen opdoen met deze nieuwe doelgroep. Het is dus belangrijk om zeker in de beginperiode voldoende tijd en aandacht te besteden aan de bekendmaking van het nieuwe behandelaanbod.
- **Afronden van de therapie**  
Gezien wordt dat de gemiddelde behandelduur bij nieuwe therapeuten vaak langer is dan volgens het protocol wordt voorgeschreven. Dit hangt vaak samen met de ervaring van de therapeut. Redenen voor het langer

laten voortduren van de behandelingen zijn dat naar oordeel van de therapeut nog (verder) herstel mogelijk is. Langdurige behandeling (langer dan 20 sessies) is echter zelden zinvol (Knoop & Bleijenberg, 2010).

- Evaluatie van de behandeling en terugkoppeling

Niet in alle GGZ-instellingen vindt er een standaard voor- en nameting plaats bij behandeling. Toch is dit belangrijk om inzicht te krijgen in het welslagen van de implementatie. Evaluatie door middel van een nameting geeft inzicht in de effectiviteit, maar maakt ook zwakke plekken zichtbaar. Daarnaast is het belangrijk dat verwijzers terugkoppeling ontvangen over de patiënten die zij verwijzen. Wat is er met de patiënt gebeurd en wat zijn de resultaten na de behandeling? Door terugkoppeling zullen verwijzers sneller geneigd zijn om nieuwe mogelijke kandidaten te verwijzen.

- Monitoring en actieve begeleiding

De eerdere ervaringen lieten zien dat externe begeleiding van de implementatie van getrapte zorg voor CVS noodzakelijk is. Het gaat hierbij om begeleiding gedurende een periode van 2 jaar waarin extra hulp wordt geboden met bijvoorbeeld de evaluatie van de behandeling en het motiveren van de huisarts om patiënten te verwijzen. Na een dergelijke opstartperiode zijn instellingen in staat om de behandeling zelfstandig en met behoud van voldoende kwaliteit voort te zetten.

#### *Wat is de noodzaak van landelijke implementatie?*

Er zijn veel patiënten met CVS in Nederland die, door een tekort aan behandelcapaciteit, tot nu toe geen evidence based behandeling kunnen ontvangen in hun regio. Implementatie van getrapte zorg voor CVS in een GGZ-instelling is mogelijk en effectief gebleken, mits er sprake is van actieve begeleiding hierbij. Landelijke implementatie van getrapte zorg in de GGZ lijkt dan ook een logisch vervolg.

De relatief hoge investeringskosten vormen hierbij wel een belemmering. Deze kosten betreffen zowel implementatiekosten, zoals kosten voor training, supervisie, coördinatie en bekendmaking van het behandel aanbod, als onderhoudskosten. Onder onderhoudskosten worden onder andere kosten verstaan die te maken hebben met het informeren van verwijzers, het beheren van de eigen patiëntroute en de bijscholing van therapeuten. Dit heeft tot gevolg dat er bij implementatie van getrapte zorg in een GGZ-instelling eerst sprake zal zijn van een negatieve balans tussen de investeringen en de opbrengsten. Afhankelijk van het vergoedingensysteem en het aantal patiënten zal na 4 tot 6 jaar de implementatie van getrapte zorg voor CVS winstgevend zijn. Een investeringssubsidie zou de bereidheid van GGZ-instellingen, om deze behandelingen te implementeren, kunnen vergroten.

CGT voor CVS is een kosteneffectieve behandeling vanuit maatschappelijk perspectief (Scheeres, Wensing, Severens, Adang, & Bleijenberg, 2008; Severens, Prins, Van der Wilt, Van der Meer & Bleijenberg, 2004). De opbreng-

sten die samenhangen met de afname van de medische consumptie (minder somatisch onderzoek) en het ziekteverzuim (grotere arbeidsparticipatie) zijn per saldo groter dan de kosten die nodig zijn voor de implementatie en uitvoering van CGT voor CVS. Wanneer huisartsen zich in staat voelen patiënten met CVS te diagnosticeren en direct naar een GGZ-instelling te verwijzen is onderzoek door een internist of neuroloog meestal niet nodig.

Concluderend pleiten wij voor een landelijke implementatie van getrapte zorg voor CVS. Het is van belang voor patiënten met CVS dat er meer behandel mogelijkheden ontstaan, zodat zij in een eerder stadium van hun ziekte, in hun eigen regio behandeling kunnen ontvangen. De behandelingen, zelfbehandeling en CGT, hebben hun effectiviteit bewezen. In het traject van landelijke implementatie zullen therapeuten geselecteerd, getraind en gesuperviseerd worden, zodat zij in staat zijn om op kwalitatief goed wijze de behandeling uit te voeren.

#### SUMMARY

##### *National implementation of stepped care for CFS*

Chronic fatigue syndrome (CFS) is characterized by severe fatigue that lasts longer than six months, and leads to functional impairments. In 2005 the Health Council of the Netherlands made an estimation of about 30,000 to 40,000 CFS patients living in the country. At this moment just a few CFS patients can profit from effective treatment, because only a limited number of patients can be treated at the settings that can deliver CBT for CFS, one of the evidence based treatments for CFS. Research showed that CBT is not only effective in randomized controlled trials (RCTs) conducted in tertiary university hospitals, but can also be successfully implemented in a representative clinical practice setting. However, this is only possible if the clinical practice setting receives support of an experienced treatment setting. A recent RCT showed that a minimal CBT intervention for CFS leads to a significant reduction in fatigue and disabilities compared to a waiting list. With these two treatments, the minimal intervention and CBT, it is possible to develop a model of stepped care for CFS. This means that patients with CFS first receive the minimal intervention based on the CBT protocol which can be followed by additional CBT. National implementation of stepped care for CFS would increase the accessibility for a much larger number of patients. In this article steps towards implementation of stepped care for CFS are described.

*Keywords:* chronic fatigue syndrome, cognitive behavior therapy, stepped care, clinical practice

## LITERATUUR

- Bazelmans, E., Prins, J.B., Hoogveld, S., & Bleijenberg, G. (2004). Manual-based cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: therapists' adherence and perceptions. *Cognitive Behaviour Therapy*, 33, 143-150.
- Gezondheidsraad. (2005). *Het chronische-vermoeidheidssyndroom* (Vol. Publicatie nr. 2005/02). Den Haag: Gezondheidsraad.
- Knoop, H., & Bleijenberg, G. (2010). *Het chronisch vermoeidheidssyndroom, Behandelprotocol cognitieve gedragstherapie voor CVS*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Knoop, H., van der Meer, J.W., & Bleijenberg, G. (2008). Guided self-instructions for people with chronic fatigue syndrome: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 193, 340-341.
- Malouff, J.M., Thorsteinsson, E.B., Rooke, S.E., Bhullar, N., & Schutte, N.S. (2008). Efficacy of cognitive behavioral therapy for chronic fatigue syndrome: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 736-745.
- Price, J.R., Mitchell, E., Tidy, E., & Hunot, V. (2008). Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD001027.
- Prins, J.B., Bazelmans, E., Vercoulen, J.H.M.M., & Bleijenberg, G. (2002). Specifieke problemen rondom indicatiestelling en motivering voor cognitieve gedragstherapie bij patiënten met het chronisch vermoeidheidssyndroom. *Gedragstherapie*, 35, 181-190.
- Scheeres, K., & Bleijenberg, G. (2006). *Implementatie van cognitieve gedragstherapie voor het chronisch vermoeidheidssyndroom in de GGZ*. Nijmegen: Nijmeegs Kenniscentrum Chronische Vermoeidheid.
- Scheeres, K., Wensing, M., Knoop, H., & Bleijenberg, G. (2008). Implementing cognitive behavioral therapy for chronic fatigue syndrome in a mental health center: a benchmarking evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 163-171.
- Scheeres, K., Wensing, M., Mes, C., & Bleijenberg, G. (2007). The impact of informational interventions about cognitive behavioral therapy for chronic fatigue syndrome on GPs referral behavior. *Patient Education and Counseling*, 68, 29-32.
- Scheeres, K., Wensing, M., Severens, H., Adang, E., & Bleijenberg, G. (2008). Determinants of health care use in chronic fatigue syndrome patients: a cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 39-46.
- Severens, J.L., Prins, J.B., van der Wilt, G. J., van der Meer, J.W., & Bleijenberg, G. (2004). Cost-effectiveness of cognitive behaviour therapy for patients with chronic fatigue syndrome. *Quarterly Journal of Medicine*, 97, 153-161.
- Stewart, A.L., Hays, R.D., & Ware, J.E., Jr. (1988). The MOS short-form general health survey. Reliability and validity in a patient population. *Medical Care*, 26, 724-735.
- Tummers, M., Knoop, H., & Bleijenberg, G. (2010). Effectiveness of stepped care for chronic fatigue syndrome: a randomized noninferiority trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 724-731.
- Van't Leven, M., Zielhuis, G. A., van der Meer, J. W., Verbeek, A. L., & Bleijenberg, G. (2010). Fatigue and chronic fatigue syndrome-like complaints in the general population. *European Journal of Public Health*, 20, 251-257.
- Vercoulen, J.H.M.M., Alberts, M., & Bleijenberg, G. (1999). De Checklist Individual Streng Zee, K.I. van der, & Sanderman, R. (1993). *Het meten van de algemene gezondheid met de RAND-36: een handleiding*. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken.