

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)

## Getrapte Zorg voor het Chronisch Vermoeidheidssyndroom

Marcia Tummers<sup>1</sup>, Hans Knoop<sup>2</sup> en Gijs Bleijenbergh<sup>3</sup>

### SAMENVATTING

Dit artikel beschrijft de uitkomsten van een gerandomiseerde gecontroleerde studie naar de effectiviteit en efficiëntie van getrapte zorg, zelfbehandeling met e-mail ondersteuning al dan niet gevolgd door cognitieve gedragstherapie (CGT), voor het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS). Patiënten met CVS ( $N = 171$ ) werden willekeurig toegewezen aan ofwel getrapte zorg ofwel reguliere zorg. Reguliere zorg bestond uit CGT na een wachtperiode. Een intention-to-treat-analyse liet geen significante verschillen zien tussen de twee interventies. Beide waren even effectief in het verminderen van de vermoeidheidsklachten en beperkingen. Als zelfbehandeling, de eerste stap van getrapte zorg voor CVS, niet het gewenste resultaat opleverde, hadden patiënten minder sessies individuele CGT nodig om alsnog te profiteren van de behandeling. De tijd die een therapeut nodig had om een patiënt te behandelen met getrapte zorg, was significant minder in vergelijking met reguliere zorg. Getrapte zorg voor CVS is dus even effectief als CGT, maar kost een therapeut minder tijd om uit te voeren.

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

Dit artikel is gebaseerd op Tummers M, Knoop H, Bleijenbergh G. Effectiveness of stepped care for chronic fatigue syndrome: a randomized noninferiority trial. *J Consult Clin Psychol*. 2010 Oct;78(5):724-31

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

## INLEIDING

Het chronisch vermoeidheidssyndroom (cvs) wordt gekenmerkt door lichamelijk onverklaarde ernstige vermoeidheid die langer dan 6 maanden duurt. De vermoeidheid leidt tot substantiële beperkingen in het dagelijks leven. Vaak hebben patiënten met cvs naast vermoeidheid ook andere klachten zoals spierpijn, gewrichtspijn, hoofdpijn, slaapklachten en concentratie- of geheugenproblemen (Fukuda et al., 1994). De kans op spontaan herstel bij cvs is klein, minder dan 5% (Cairns & Hotopf, 2005).

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een behandeling voor cvs waarvan de effectiviteit is aangetoond (Malouff, Thorsteinsson, Rooke, Bhullar & Schutte, 2008; Price, Mitchell, Tidy & Hunot, 2008). De behandeling is gericht op het veranderen van cognities en gedrag die de vermoeidheid in stand houden (Knoop & Bleijenberg, 2010). Recent is aangetoond dat het mogelijk is om CGT voor cvs succesvol te implementeren in een GGZ-instelling (Scheeres, Wensing, Knoop & Bleijenberg, 2008). Idealiter zou CGT bij meer GGZ-instellingen worden geïmplementeerd, maar doordat CGT voor cvs een intensieve therapie is, 13 – 16 sessies (Prins et al., 2001; Quarmby, Rimes, Deale, Wessely, & Chalder, 2007; Sharpe et al., 1996), waarvoor getrainde cognitief gedragstherapeuten nodig zijn is dit lastig te realiseren. Mede hierdoor en vanwege het grote aantal patiënten met cvs, 30 000 – 40 000, is de behandelcapaciteit in Nederland niet toereikend.

Het is denkbaar dat niet alle patiënten zo'n intensieve therapie als CGT nodig hebben om te kunnen herstellen. Een aantal patiënten heeft wellicht genoeg aan een minimale interventie. Vanuit deze veronderstelling is getrapte zorg voor cvs ontwikkeld. In een model van getrapte zorg krijgen patiënten pas een intensieve therapie aangeboden, als zij niet profiteren van een minder intensieve behandeling of als vooraf kan worden ingeschat dat zij daarvan niet profiteren (Newman, 2000). Getrapte zorg voor cvs bestaat uit (1) een minimale interventie, zelfbehandeling met e-mail ondersteuning, zonodig aangevuld met (2) individuele CGT. Zelfbehandeling bestaat uit een werkboek met zelfinstructies gebaseerd op het protocol van CGT. Tijdens de behandeling heeft de patiënt tenminste iedere twee weken e-mailcontact met een therapeut, om de vorderingen, vragen of eventuele problemen te bespreken. In een gerandomiseerde, gecontroleerde studie, is reeds aangetoond dat zelfbehandeling met e-mailcoaching voor cvs effectief is. Het leidt tot een afname van vermoeidheidsklachten en beperkingen in vergelijking met een wachtlijst (Knoop, Van der Meer & Bleijenberg, 2008). Zevenentwintig procent van de patiënten lieten een klinisch significante verbetering zien in vermoeidheid na het volgen van de behandeling.

Na deze gerandomiseerde studie kregen alle patiënten die de zelfbehandeling met e-mail ondersteuning hadden gevolgd of die op de wachtlijst hadden gestaan, reguliere CGT aangeboden. Dit had als doel de effectiviteit van

getrapte zorg (zelfbehandeling al dan niet gevolgd door CGT) en reguliere zorg (CGT na een wachtperiode) te vergelijken. Om het behandel-effect van beide condities te evalueren, zijn de uitkomsten vergeleken met eerdere gerandomiseerde gecontroleerde studies waarin de effectiviteit van CGT werd onderzocht (Scheeres et al., 2008).

In een aanvullende analyse is ook naar de efficiëntie van beide interventies gekeken. Hiervoor hebben we het aantal sessies CGT geteld en de totale therapeutentijd in beide condities berekend. De verwachting was dat patiënten die reeds zelfbehandeling hadden gevolgd, en dus al uitleg hadden gehad over CVS en de instandhoudende factoren, minder sessies CGT nodig zouden hebben dan patiënten voor wie het behandelprotocol nieuw was. De tijd die een therapeut nodig heeft om getrapte zorg te leveren zou daarom minder zijn dan tijdens reguliere CGT.

## METHODE

### *Deelnemers*

Alle patiënten hadden reeds deelgenomen in een gerandomiseerde gecontroleerde studie, waarin de effectiviteit van zelfbehandeling werd onderzocht (trial register: ISRCTN27293439) (Knoop et al., 2008). Zij waren verwezen voor CGT naar het Nijmeegs Kenniscentrum Chronische Vermoeidheid van het UMC St Radboud. Patiënten konden deelnemen aan het onderzoek als er sprake was van CVS (Fukuda et al., 1994). Dit hield in dat er sprake moest zijn van ernstige vermoeidheid en ernstige beperkingen, geoperationaliseerd door cutt-off-scores op een tweetal gevalideerde vragenlijsten: de subschaal vermoeidheid van de Checklist Individuele Spankracht (cutt-off-score: 35 of hoger) (Vercoulen, Alberts & Bleijenberg, 1999) en de totaalscore op de Sickness Impact Profile (cutt-off-score: 700 of hoger) (Jacobs, Luttik, Touw-Otten & De Melker, 1990). De patiënten moesten verder 18 jaar of ouder zijn, en Nederlands kunnen lezen en schrijven (Tabel 1).

### *Design en procedure*

In de studie van Knoop en anderen (Knoop et al., 2008) werden alle patiënten die tussen februari 2006 en september 2007 met de diagnose CVS verwezen waren benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Patiënten ontvingen eerst een screeningslijst om te bepalen of zij voldeden aan de operationele criteria voor CVS. Als dit het geval was werd CGT aangeboden. In verband met de grote vraag naar behandeling, was er sprake van een wachtlijst. Patiënten die CGT wilden ontvangen voor hun klachten werden dan ook op deze wachtlijst geplaatst (6 tot 12 maanden). Tijdens de wachtperiode werden patiënten geïnformeerd over het onderzoek. Zij konden deelnemen aan een onderzoek naar de effectiviteit van zelfbehandeling met e-mailondersteuning, gedurende de wachttijd voor reguliere CGT. Deelname aan het onderzoek betekende

Tabel 1: Baseline gegevens.

	Getrapte zorg (N = 84)	Reguliere zorg (N = 85)	t-waarde <sub>(167)</sub>	p
<i>Demografische gegevens</i>				
Leeftijd, M (SD)	37.6 (10.0)	38.5 (10.6)	-0.55	0.58
Duur van de klachten, mediaan (min - max)	72 (12 - 420)	96 (12 - 420)	-1.22	0.23
Man/Vrouw	15/69	20/64	X <sup>2</sup> = 0.83	0.36
<i>Uitkomstmaten</i>				
CIS ernst van de vermoeidheid, M (SD)	49.1 (5.2)	49.9 (5.6)	-0.96	0.34
SIP totale score, M (SD)	1659 (648)	1515 (545)	1.56	0.12
SF-36 fysiek functioneren, M (SD)	52.3 (20.4)	54.1 (21.1)	-0.56	0.58
<i>Nevensymptomen</i>				
Aantal CDC symptomen, M (SD)	7.1 (1.6)	7.3 (1.6)	-0.58	0.57
<i>Instandhoudende factoren</i>				
Activiteitenpatroon, laag actief/relatief actief	24/60	20/65	X <sup>2</sup> = 0.56	0.46
Self efficacy, M (SD)	17.4 (3.2)	17.9 (2.8)	-0.99	0.33
Somatische attributies, M (SD)	12.4 (2.9)	12.0 (3.2)	0.86	0.39
Aandacht voor lichamelijke symptomen, M (SD)	28.7 (8.1)	29.6 (8.3)	-0.68	0.50

niet dat patiënten langer moesten wachten op behandeling, maar dat zij juist eerder geholpen konden worden, zij het nu met een iets andere behandeling. Patiënten die wilden deelnemen, ondertekenden een toestemmingsverklaring, waarna zij willekeurig werden toegewezen aan een van de twee condities: begeleide zelfbehandeling (minimale interventie) of wachtlijst. Na de minimale interventie of de wachtlijst kregen alle patiënten reguliere cgt aangeboden. De patiënt besliste of dit nog steeds gewenst was. De metingen vonden plaats bij (1) aanvang van het onderzoek, (2) direct na begeleide zelfbehandeling of na de wachtlijstperiode, (3) na reguliere cgt. Als een patiënt geen cgt wilde na zelfbehandeling of de wachtlijstperiode, waren er maar twee metingen beschikbaar: bij aanvang en na zelfbehandeling of de wachtperiode.

### *Interventie*

Zowel de minimale interventie als de reguliere CGT zijn gebaseerd op het protocol van CGT voor CVS (Bleijenberg, Prins, & Bazelmans, 2003; Knoop & Bleijenberg, 2010). De behandeling start met het vaststellen van de persoonlijke doelen. Vervolgens wordt de rol van denken en doen uitgelegd en op welke manier deze de vermoeidheid in stand kunnen houden. Patiënten leren zichzelf niet meer te ontregelen, door helpende gedachten te hanteren, de aandacht af te leiden van het lichamelijk functioneren en door een regelmatig slaap-waak ritme in te stellen. Op hetzelfde moment wordt er gestart met een activiteitenprogramma, waarvan de start verschillend is voor laag actieve en relatief actieve patiënten (Bazelmans, Prins & Bleijenberg, 2002). Vervolgens wordt een plan voor het hervatten van werk of andere activiteiten gemaakt. Stap voor stap gaat de patiënt deze doelen realiseren. Uiteindelijk eindigt de therapie met handvaten waarmee de patiënt terugval kan voorkomen.

Tijdens zelfbehandeling ontvingen patiënten een werkboek met oefeningen die thuis konden worden uitgevoerd. Het werkboek was zo opgebouwd dat patiënten iedere paar weken met een nieuw onderwerp/hoofdstuk aan de slag gingen. In totaal duurde de behandeling tenminste 16 weken. Als bijvoorbeeld het hervatten van werk één van de einddoelen was, kon de behandeling langer duren. De therapeut stimuleerde de patiënt om tenminste iedere twee weken te mailen over de vorderingen of eventuele vragen. Was e-mailcontact niet mogelijk dan vond telefonisch overleg plaats. Na de minimale interventie werd aan alle patiënten gevraagd of CGT nog steeds wenselijk was. Als dat zo was startte de patiënt met CGT. Beide interventies, zelfbehandeling en CGT, werden uitgevoerd door dezelfde cognitief gedragstherapeuten ( $N = 5$ ).

Reguliere CGT bestaat uit gemiddeld 14 sessies over een periode van 6 maanden. Het belangrijkste doel van de behandeling is herstel van CVS. Met herstel wordt bedoeld het functioneren als een gezond persoon zonder extreme vermoeidheid en beperkingen.

In beide interventies werd er gebruik gemaakt van twee behandelprotocollen, afhankelijk van de activiteitsstypering van de patiënt (Bazelmans et al., 2002). De activiteitsstypering werd bepaald door middel van een actometer. Dit is een klein apparaat dat rond de enkel wordt gedragen om het niveau van lichamelijke activiteit te meten. We spreken van een laag actieve CVS patiënt, als er sprake is van een score beneden de norm van CVS patiënten (normscore = 66) op 11 of 12 van de totale 12 dagen dat de actometer gedragen wordt (Van der Werf, Prins, Vercoulen, Van der Meer & Bleijenberg, 2000). Patiënten met een relatief actief activiteitenpatroon variëren tussen periodes van rust en periodes waarin ze actief zijn. Bij deze patiënten is het van belang dat ze eerst de activiteiten gelijkmatig verdelen, waarna de activiteiten uitgebreid kunnen worden. Patiënten met een laag actief activiteitenpatroon zijn vrijwel voortdurend inactief. Deze patiënten starten direct met de opbouw van

lichamelijke activiteiten. Patiënten met een relatief actief en laag actief activiteitenpatroon waren evenredig over de beide condities verdeeld (zie Tabel 1).

#### *Uitkomstmaten*

*Vermoeidheid:* Vermoeidheid werd gemeten met de subschaal vermoeidheid van de Checklist Individuele Spankracht (CIS) (Vercoulen et al., 1999). Deze subschaal geeft de ervaren vermoeidheid gedurende de laatste twee weken weer. Scores kunnen variëren van 8 (geen vermoeidheid) tot 56 (zeer ernstig vermoeid). Bij een score van 35 of hoger is er sprake van ernstige vermoeidheid.

*Beperkingen:* Het niveau van beperkingen is op twee verschillende manieren gemeten. De Sickness Impact Profile is gebruikt om beperkingen op diverse domeinen van het dagelijks functioneren te meten. Deze vragenlijst bestaat uit 8 subschalen/domeinen, zoals huishouden, werk, sociale interacties of recreatieve bezigheden, die samen voor een gewogen eindscore zorgen. Lichamelijke beperkingen werden gemeten met de subschaal lichamenlijk functioneren van de Rand-36 (Van der Zee & Sanderman, 1993). Een score van 0 betekent dat iemand maximaal beperkt is, terwijl er bij een score van 100 geen sprake is van beperkingen.

*Klinisch significante verbetering:* Er werd gesproken van een klinisch significante verbetering als de *reliable change index* groter was dan 1.96 (Jacobson & Truax, 1991) tussen de voor en nameting en er sprake was van een score lager dan 35 bij de nameting op de subschaal vermoeidheid van de CIS. Een score van 35 is twee standaarddeviaties lager dan de gemiddelde score van CVS patiënten en wijkt niet meer dan twee standaarddeviaties af van de gemiddelde score van gezonde volwassenen (Knoop, Bleijenberg, Gielissen, Van der Meer & White, 2007).

*Aantal therapieessies:* Voor beide condities, getrapte zorg en reguliere zorg, werd het aantal sessies CGT geteld. Dit was inclusief twee diagnostische gesprekken.

*Totale therapeutentijd:* Om de efficiëntie van de beide condities te vergelijken, werd de tijd die een therapeut nodig had om getrapte zorg of reguliere zorg te leveren berekend. Getrapte zorg bestond uit twee diagnostische gesprekken van 60 minuten, de tijd die nodig was voor het schrijven van de e-mails en individuele therapiegesprekken. Voor een therapiegesprek werd een duur van 60 minuten gerekend. De tijd die nodig was voor het schrijven van de e-mails werd berekend door het aantal door de therapeut verstuurde e-mails te vermenigvuldigen met de gemiddelde tijd die nodig was voor het schrijven van één e-mail. Deze gemiddelde tijd is door de therapeuten achteraf geschat. In de conditie die bestond uit reguliere zorg werd het aantal sessies CGT geteld en vermenigvuldigd met 60 minuten. Hieraan toegevoegd werden de twee diagnostische gesprekken. Als een patiënt niet startte met behandeling werden alleen de twee diagnostische gesprekken meegeteld.

### Analyse

De analyses werden uitgevoerd met SPSS (versie 16) voor Windows. Er werd een significantieniveau van  $p < 0.05$  gehanteerd. Om de verschillen tussen de beide condities te toetsen werd gebruik gemaakt van een ANCOVA met de scores voor vermoeidheid en beperkingen direct na CGT als afhankelijke variabele, de scores bij voormeting als covariaat en de conditie als fixed factor (2 niveaus: getrapte zorg versus reguliere zorg). Een logistisch regressiemodel werd gebruikt om het verschil in de percentages klinische significante verbetering van vermoeidheid tussen de condities te toetsen.

Om de effectiviteit van getrapte zorg en reguliere zorg te evalueren werden de uitkomsten vergeleken met de uitkomsten van eerdere gerandomiseerde studies waarin de effectiviteit van CGT voor CVS werd onderzocht. In een statistische benchmark (Scheeres et al., 2008) werd de gemiddelde effectgrootte (effectsize) voor de ernst van de vermoeidheid (CIS) (1.44; 95% BI 0.97-1.89) en beperkingen (Rand-36) (1.04; 95% BI 0.63-1.44) van CGT uit vier gerandomiseerde studies berekend. De effectgrootte van getrapte zorg en reguliere zorg was berekend als  $(M_{\text{start}} - M_{\text{eind}}) / SD_{\text{start}}$  (Cohen, 1988) en vergeleken met de statistische benchmark. Als de effectgrootte voor vermoeidheid en beperkingen van een conditie binnen het 95% betrouwbaarheidsinterval viel van de gemiddelde effectgrootte van de benchmark studie, werd de conditie als een effectieve behandeling beschouwd.

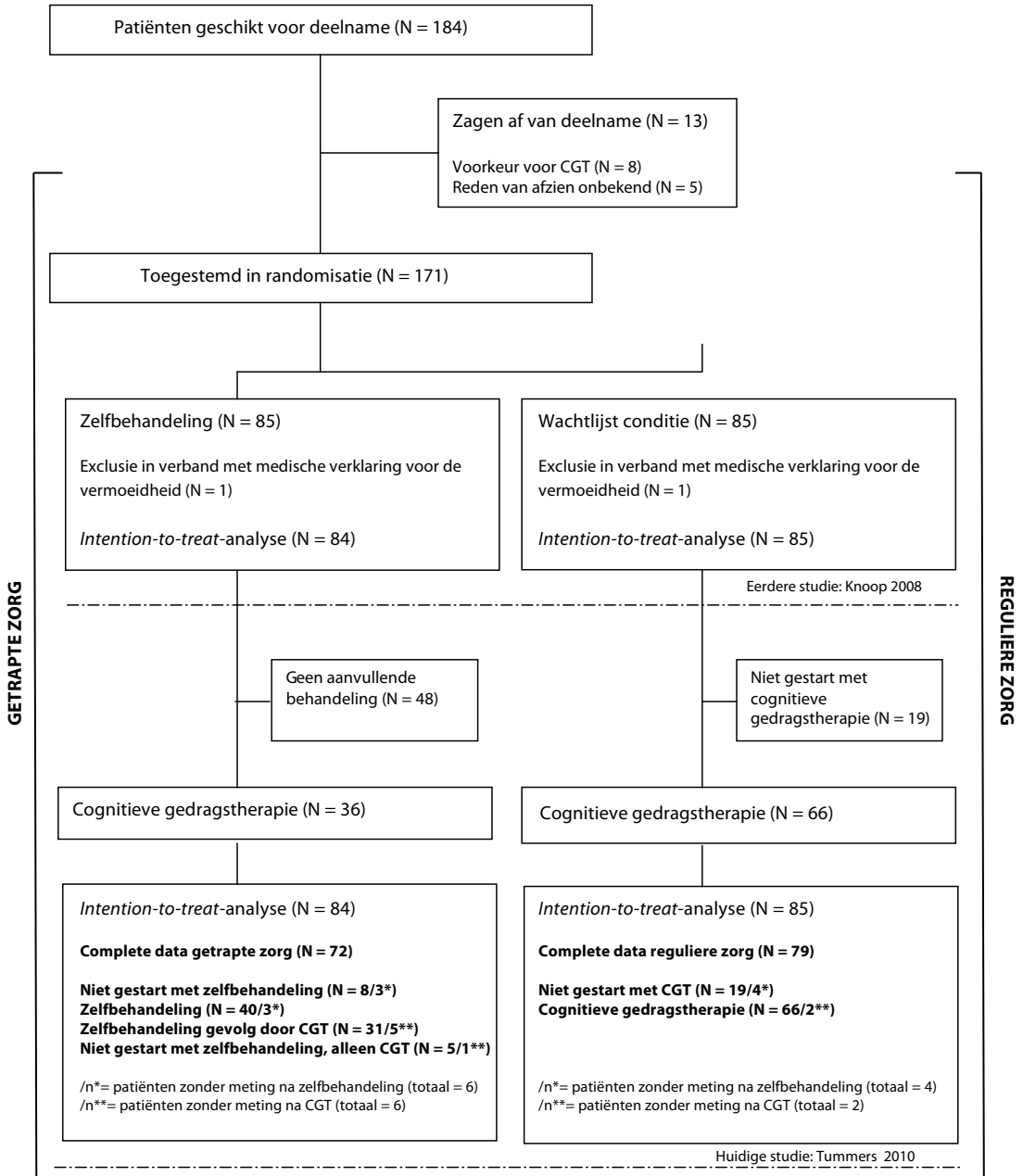
Verschillen in het aantal sessies CGT en de totale therapeutentijd voor getrapte zorg en reguliere zorg, werden berekend met respectievelijk de Student  $t$  toets en de Mann-Whitney  $U$  test.

## RESULTATEN

In de eerdere studie (Knoop et al., 2008) werden 171 patiënten middels loting toegewezen aan begeleide zelfbehandeling ( $N = 85$ ) of de wachtlijst ( $N = 86$ ). Twee patiënten werden geëxcludeerd omdat er een andere aandoening werd gediagnosticeerd na de randomisatie. Alle patiënten kregen na zelfbehandeling of de wachtlijst CGT aangeboden. Achtenveertig patiënten die eerst zelfbehandeling volgden en 19 patiënten uit de wachtlijst conditie wilden geen CGT meer. Bij 6 patiënten in de getrapte zorg conditie ontbrak een meting na het volgen van zelfbehandeling en van 6 patiënten na het volgen van CGT. In de conditie waar de patiënten reguliere zorg ontvingen, hadden 4 patiënten geen meting na de wachtlijst en 2 na CGT. Van 72 (86%) patiënten waren er volledige gegevens beschikbaar na getrapte zorg. Na reguliere zorg waren van 79 (93%) patiënten de gegevens compleet (Figuur 1).

*Vergelijking van effectiviteit:* Er waren geen significante verschillen tussen getrapte zorg en reguliere zorg met betrekking tot de ernst van vermoeidheid, beperkingen en lichamelijk functioneren (Tabel 2). De logistische regressie liet





Figuur 1: Stroomschema van de onderzoeksdeelname

zien dat er geen significant verschil was in het percentage klinisch significante verbetering tussen de twee condities bij nameting (Tabel 3).

*Effectgrootte:* De effectgrootte voor getrapte zorg was 1.37 voor de ernst van de vermoeidheid en 0.88 voor lichamelijk functioneren. Voor de reguliere zorg

Tabel 2: Veranderingen in uitkomsten voor en na behandeling.

Uitkomstmaten	Getrapte zorg (N = 84)		Reguliere zorg (N = 85)		Verschilscore M (95% BI)	F	p
	Baseline M (SD)	Na behan- deling M (SD)	Baseline M (SD)	Na behan- deling M (SD)			
CIS ernst van de vermoeidheid	49.1 (5.2)	35.1 (13.6)	49.9 (5.6)	34.9 (13.8)	0.2 (-3.9 - 4.3)	0.10	0.92
SIP totale score	1659 (648)	826 (655)	1515 (545)	818 (653)	30.2 (-178 - 238)	0.29	0.77
SF-36 fysiek functioneren	52.3 (20.4)	71.6 (23.2)	54.1 (21.1)	72.3 (24.3)	-1.1 (-7.2 - 5.0)	-0.36	0.72

Tabel 3: Klinisch significante verbetering op ernst van de vermoeidheid.

Uitkomstmaat	Getrapte zorg (N = 84)	Reguliere zorg (N = 85)	OR (95% BI)	t-waarde <sub>(167)</sub>	p
CIS ernst van de vermoeidheid, N (%)	41/84 (49%)	41/85 (48%)	1.00 (0.53 to 1.89)	0.00	1.00

Tabel 4: Aantal sessies CGT.

Uitkomstmaat	Getrapte zorg (N = 36)	Reguliere zorg (N = 66)	t-waarde <sub>(100)</sub>	p
Aantal sessies CGT*, M (SD)	10.9 (4.4)	14.5 (5.3)	-3.4	<0.01

\* Inclusief 2 diagnostische gesprekken

waren deze waardes respectievelijk, 1.42 en 0.77. Deze waarden vielen voor beide condities binnen het 95% BI van de statistische benchmark.

*Vergelijking van het aantal sessies CGT:* Na zelfbehandeling (N = 36) hadden patiënten gemiddeld 10.9 sessies CGT nodig. Bij de patiënten die reguliere zorg ontvingen was het gemiddelde aantal sessies 14.5. ( $p < 0.01$ ) (Tabel 4).

*Vergelijking van de totale therapeutentijd:* Van de 84 patiënten die deelnamen aan getrapte zorg, hadden 70 patiënten contact met hun therapeut: 55 (66%) patiënten e-mailden, 5 (6%) patiënten hadden alleen telefonisch contact en 10 (12%) patiënten hadden zowel per e-mailcontact als telefonisch contact. De overige 14 (17%) patiënten hadden geen contact met de therapeut. De mees-

ten van hen ( $N = 13$ ) gingen niet aan de slag met de behandeling. Één patiënt voltooide de zelfbehandeling zonder enige vorm van begeleiding. Van twee patiënten ontbraken de gegevens over het aantal e-mails dat werd verstuurd door de therapeut. Voor deze missende waarden of in het geval van telefonisch contact werd het gemiddelde aantal mails over alle therapeuten berekend. Gemiddeld stuurden de therapeuten 8.9 ( $SD = 6.4$ ) e-mails per patiënt. Voor het schrijven van een e-mail hadden zij gemiddeld 22 (spreiding: 15 – 30) minuten nodig. Als het aantal sessies CGT in acht wordt genomen, is de totale tijd die een therapeut nodig heeft om één patiënt te behandelen significant lager in de getrapte zorg conditie (mediaan = 420 minuten) in vergelijking met de reguliere zorg (mediaan = 720 minuten) ( $p = 0.01$ ) (Tabel 5).

Uitkomstmaat	Getrapte zorg ( $N = 84$ )	Reguliere zorg ( $N = 85$ )	<i>u</i> -waarde	<i>p</i>
Therapeuttijd in minuten*, mediaan (min - max)	420 (120 – 1440)	720 (120 – 2040)	-2.4	0.01

\* Inclusief 2 diagnostische gesprekken

**Tabel 5:** Tijd gependeed door de therapeut voor het leveren van de behandeling.

## DISCUSSIE

Dit onderzoek laat zien dat getrapte zorg voor cvs gelijkwaardig is aan reguliere zorg voor cvs. Zowel bij getrapte zorg als bij reguliere zorg is er sprake van een afname van vermoeidheid en beperkingen. Bijna de helft van de patiënten is niet langer extreem vermoeidheid na behandeling. De resultaten van beide zorgpaden komen overeen met eerdere gerandomiseerde studies, waarin de effectiviteit van CGT voor cvs werd onderzocht (Scheeres 2008). Als zelfbehandeling niet voldoende effectief was, waren er vervolgens minder sessies aanvullende CGT nodig. Dit suggereert dat als zelfbehandeling niet succesvol is, het patiënten wel voorbereidt op reguliere CGT. Daarnaast bleek dat de tijd die een therapeut nodig heeft voor het behandelen van één patiënt minder is bij getrapte zorg dan bij reguliere zorg. Anders gezegd: getrapte zorg is tijds-efficiënter voor de therapeut.

De studie kent de volgende beperkingen. Reguliere CGT werd voorafgegaan door een wachtperiode. Powell en anderen (Powell, Bentall, Nye & Edwards, 2004) hebben aangetoond dat een langere wachttijd voor behandeling samengaat met een lagere effectiviteit van de interventie. Dit lijkt in deze studie echter niet het geval, aangezien de effectgrootte van reguliere zorg overeenkomt met de effectgroottes gevonden in andere trials (Scheeres et al., 2008).

Onafhankelijk van het niveau van de klachten kregen patiënten CGT aangeboden na zelfbehandeling of de wachtlijst. Tijdens een sessie met de therapeut werd besproken of aanvullende CGT gewenst was. Achtenveertig patiënten gaven aan geen verdere behandeling te willen ontvangen na zelfbehandeling. Na de wachtlijstperiode wilden 19 patiënten geen CGT. Als patiënten geen behandeling ontvingen waren er slechts twee metingen beschikbaar: de meting voor aanvang van de behandeling en de meting na de wachtlijstperiode of minimale interventie. Dit maakt dat de tijd tussen de meting voor en na de behandeling aanzienlijk verschilt tussen patiënten.

De integriteit (dat wil zeggen: hebben de therapeuten gedaan wat zij moesten doen volgens het behandelprotocol?), van zowel zelfbehandeling als CGT is niet getoetst. De vijf therapeuten die beide behandelingen uitvoerden zijn echter getraind en hadden veel ervaring met het geven van CGT voor CVS. Tijdens het onderzoek ontvingen de therapeuten iedere twee weken supervisie. Het feit dat de resultaten van beide condities overeenkomen met eerdere onderzoeken suggereert dat beide behandelingen van goede kwaliteit waren.

De tijd die een therapeut nodig had voor het schrijven van een e-mail werd pas achteraf geschat. De genoemde tijd is dan ook een schatting van de daadwerkelijke tijd. Er waren geen gegevens beschikbaar over de tijd die de therapeut besteed had als er telefonisch contact was met de patiënt. Het is denkbaar dat deze manier van communiceren meer tijd kost dan het schrijven van e-mails. Dit kan geleid hebben tot een onderschatting van de tijd die een therapeut nodig heeft voor het behandelen van één patiënt, met als mogelijk gevolg dat getrapte zorg tijdsefficiënter lijkt dan zij daadwerkelijk is.

Beide interventies, zelfbehandeling en CGT, zijn in deze studie uitgevoerd door gekwalificeerde cognitief gedragstherapeuten. In Nederland is het gebruikelijk dat CGT wordt uitgevoerd door cognitief gedragstherapeuten. Of dit ook gedaan zou kunnen door andere zorgprofessionals, zoals sociaal psychiatisch verpleegkundigen met gedragstherapeutische ervaring, is nog onbekend. Mocht dit mogelijk zijn dan kunnen de kosten die gepaard gaan met getrapte zorg verlaagd worden. Onlangs is een onderzoek afgerond waarbij de effectiviteit getoetst is van zelfbehandeling met e-mailcoaching uitgevoerd door sociaal psychiatisch verpleegkundigen. De resultaten hiervan zullen binnenkort beschikbaar komen.

Dit is de eerste studie waarin de effectiviteit van getrapte zorg voor CVS is geëvalueerd. De resultaten laten zien dat getrapte zorg voor CVS even effectief is als de bestaande reguliere zorg, maar de therapeut minder tijd kost. Door middel van getrapte zorg is het mogelijk om de behandelcapaciteit voor CVS te vergroten, terwijl de patiënt tegelijkertijd vaker een behandeling ontvangt die is toegespitst op zijn of haar behoeften.

## SUMMARY

*Stepped care for chronic fatigue syndrome*

This article describes the results of a randomized controlled trial testing the effectiveness and efficiency of stepped care for chronic fatigue syndrome (CFS), guided self-instruction followed by cognitive behavior therapy (CBT) if still needed. A total of 171 CFS patients were randomly allocated to stepped care or care as usual (only individual CBT after a waiting period). An intention to treat analysis showed that stepped care for CFS is as effective as care as usual. Both conditions were equivalent in reducing fatigue severity, disabilities and increasing physical functioning. When guided self-instruction was not sufficient, fewer sessions of CBT were required in subsequent treatment. The total therapist time needed to treat a patient with CFS was significantly less in the stepped care condition. In conclusion, stepped care is as effective as CBT, while it is more time-efficient for the therapist.

**Keywords:** chronic fatigue syndrome, cognitive behavior therapy, stepped care, minimal intervention

## LITERATUUR

- Bazelmans, E., Prins, J., & Bleijenberg, G. (2002). Cognitieve gedragstherapie bij relatief actieve en passieve CVS-patiënten. *Gedragstherapie*, 35, 191-204.
- Bleijenberg, G., Prins, J., & Bazelmans, E. (2003). *Cognitive behavioral therapies*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Cairns, R., & Hotopf, M. (2005). A systematic review describing the prognosis of chronic fatigue syndrome. *Occupational Medicine*, 55, 20-31.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2nd ed.): Hilldale, NJ: Erlbaum.
- Fukuda, K., Straus, S.E., Hickie, I., Sharpe, M.C., Dobbins, J.G., & Komaroff, A. (1994). The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. *Annals of Internal Medicine*, 121, 953-959.
- Jacobs, H.M., Luttik, A., Touw-Otten, F.W., & Melker, R.A. de (1990). [The sickness impact profile; results of an evaluation study of the Dutch version]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 134, 1950-1954.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Knoop, H., & Bleijenberg, G. (2010). *Het chronisch vermoeidheidssyndroom. Behandelprotocol cognitieve gedragstherapie voor CVS*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Knoop, H., Bleijenberg, G., Gielissen, M. F., van der Meer, J. W., & White, P. D. (2007). Is a full recovery possible after cognitive behavioural therapy for chronic fatigue syndrome? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 171-176.
- Knoop, H., Meer, J.W., van der & 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.
- Newman, M.G. (2000). Recommendations for a cost-offset model of psychotherapy allocation using generalized anxiety disorder as an example. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 549-555.
- Powell, P., Bentall, R.P., Nye, F.J., & Edwards, R.H. (2004). Patient education to encourage graded exercise in chronic fatigue syndrome. 2-year follow-up of randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 184, 142-146.
- 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., Bleijenberg, G., Bazelmans, E., Elving, L. D., de Boo, T. M., Severens, J. L., et al. (2001). Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*, 357, 841-847.
- Quarmby, L., Rimes, K. A., Deale, A., Wessely, S., & Chalder, T. (2007). Cognitive-behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: comparison of outcomes within and outside the confines of a randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1085-1094.
- 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.
- Sharpe, M., Hawton, K., Simkin, S., Surawy, C., Hackmann, A., Klimes, I., et al. (1996). Cognitive behaviour therapy for the chronic fatigue syndrome: a randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 312, 22-26.
- Van der Zee, K. I., & Sanderman, R. (1993). *Het meten van de algemene gezondheid met de RAND-36: een handleiding*. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken.
- Vercoulen, J. H. M. M., Alberts, M., & Bleijenberg, G. (1999). De Checklist Individual Strength (CIS). *Gedragstherapie*, 32, 131-136.
- Werf, S.P van der., Prins, J.B., Vercoulen, J. H., Meer, J. W. van der , & Bleijenberg, G. (2000). Identifying physical activity patterns in chronic fatigue syndrome using actigraphic assessment. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 373-379.