

# Fatigue among employees : treatment in primary care and associations with chronic fatigue syndrome

## Citation for published version (APA):

Huibers, M. J. H. (2003). *Fatigue among employees : treatment in primary care and associations with chronic fatigue syndrome*. Universiteit Maastricht.

## Document status and date:

Published: 01/01/2003

## Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

## Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

## General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

[www.umlib.nl/taverne-license](http://www.umlib.nl/taverne-license)

## Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[repository@maastrichtuniversity.nl](mailto:repository@maastrichtuniversity.nl)

providing details and we will investigate your claim.

---

*Samenvatting (Dutch summary)*

---

Vermoeidheid onder werknemers wordt alom erkend als een belangrijk gezondheidsprobleem. In dit proefschrift staat de behandeling van ernstig vermoeide werknemers in de eerste lijn centraal. Aan de hand van een aantal wetenschappelijke studies hebben wij geprobeerd om een beter zicht te krijgen op de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie door huisartsen bij vermoeide werknemers die verzuimen en op de relatie tussen vermoeidheid onder werknemers en het chronisch vermoeidheidssyndroom. In deze appendix geef ik een beknopte samenvatting van de afzonderlijke hoofdstukken zoals die in dit proefschrift beschreven zijn. Voor een volledig beeld van de materie verwijst ik de lezer echter met nadruk naar de hoofdstukken zelf. Het discussie hoofdstuk aan het einde (hoofdstuk 11) is daarbij een goede leidraad om zicht te krijgen op de belangrijkste bevindingen van ons onderzoek.

**Hoofdstuk 1** vormt de inleiding van het proefschrift. Allereerst ga ik in op het concept vermoeidheid. Vermoeidheid kan het beste beschouwd worden als continuüm, variërend van milde klachten die iedereen kent tot zeer ernstige klachten zoals we die zien bij het chronisch vermoeidheidssyndroom. In dit proefschrift richten wij ons op ernstige, aanhoudende, medisch onverklaarde vermoeidheid onder werknemers, afgekort als vermoeidheid onder werknemers.

Een eerste thema in het proefschrift betreft de behandeling van deze vorm van vermoeidheid in de eerstelijns gezondheidszorg. Hierbij staat een gerandomiseerd, gecontroleerd experiment centraal waarbij huisartsen vermoeide werknemers die verzuimen behandelen met een kortdurende vorm van cognitieve gedragstherapie (CGT). Eerder werd al aangetoond dat CGT door ervaren psychotherapeuten effectief is bij patiënten met het chronisch vermoeidheidssyndroom. Onze belangrijkste onderzoeksvragen zijn: zijn huisartsen in staat op CGT op een effectieve manier toe te passen?; en is onze kortdurende vorm van CGT effectief in de behandeling van vermoeide werknemers die verzuimen, in termen van een vermindering van vermoeidheid en het hervatten van werk? In de hoofdstukken 2 tot en met 7 komen we terug op deze en aanverwante vragen.

Een tweede thema betreft de relatie tussen onze onderzoekspopulatie, vermoeide werknemers, en het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS). De aandoeningen CVS en 'vermoeidheid onder werknemers' hebben op het eerste gezicht een aantal overeenkomsten. In concept zijn het twee verschillende maar gerelateerde stadia op het continuüm van vermoeidheid. De eerste onderzoeksvraag is dan ook of een dergelijke relatie kan worden aangetoond. Een tweede onderzoeksvraag is: kan vermoeidheid onder werknemers uiteindelijk leiden tot CVS? Deze en andere vragen worden aan de orde gesteld in de hoofdstukken 6 en 8 tot en met 10:

Is er bewijs voorhanden dat psychosociale interventies, zoals cognitieve gedragstherapie, effectief door huisartsen kunnen worden toegepast? Om deze vraag, die in feite voorafgaat aan ons experiment met CGT door huisartsen, te beantwoorden hebben wij een systematisch literatuuronderzoek verricht dat in **hoofdstuk 2** wordt beschreven. Het onderzoek werd uitgevoerd onder auspiciën van

de Cochrane Collaboration, een wereldwijd netwerk ter bevordering van systematische literatuurstudies van een hoge kwaliteit.

Eerder onderzoek heeft uitgewezen dat een psychosociale interventie een effectieve behandeling kan zijn bij een reeks van klachten in de eerste lijn. In de meeste van deze studies werd de behandeling toegepast door psychologen. We hebben echter gezocht naar studies waarin huisartsen de interventie uitvoerden. Door op een systematische wijze verschillende databanken te doorzoeken zijn uiteindelijk acht studies gevonden die aan onze selectiecriteria voldoen, met uiteenlopende onderwerpen als depressie, somatisatie, stoppen met roken en alcoholisme.

In het algemeen kan gesteld worden dat bewijs voor de effectiviteit van psychosociale interventies door huisartsen beperkt en niet eenduidig is. 'Problem-solving treatment' (een vorm van CGT) door huisartsen bij depressie lijkt een veelbelovende interventie, maar er is meer onderzoek nodig om zicht te krijgen op de effectiviteit van psychosociale interventies door huisartsen.

In **hoofdstuk 3** beschrijven we de opzet van ons gerandomiseerd, gecontroleerd experiment. In de aanloop naar ons onderzoek stuiten we op een aantal methodologische problemen.

Een van onze doelen was het uitvoeren van het experiment onder 'ideale' omstandigheden om zo het maximale effect van de behandeling te kunnen onderzoeken. Door onze beperkte tijd en middelen waren we slechts in staat een klein aantal huisartsen te trainen en te superviseren in kortdurende cognitieve gedragstherapie bij vermoeidheid. In onderzoek binnen de eerstelijns gezondheidszorg is het gebruikelijk dat huisartsen hun eigen patiënten voor het onderzoek rekruteren. Echter, als het kleine aantal huisartsen in ons onderzoek de patiënten uit hun eigen praktijk had moeten rekruteren zouden er te weinig patiënten geselecteerd kunnen worden.

Een tweede probleem betreft de aantrekkelijkheid van onze experimentele interventie (CGT) ten opzichte van de controle conditie (geen interventie vanuit het onderzoek, dus in feite niets doen). De meeste patiënten met klachten willen graag een behandeling ontvangen. Wij voorzagen dat er mogelijk een vertekening van de resultaten zou ontstaan wanneer patiënten aan de controle groep toegewezen worden in de wetenschap dat zij ook een behandeling hadden kunnen loten: het is waarschijnlijk dat deze patiënten gaan 'shoppen' bij andere hulpverleners of uit ontevredenheid uit het onderzoek stappen, in tegenstelling tot patiënten in de experimentele groep.

Om op deze voorziene problemen te anticiperen hebben wij twee aanpassingen aan de gangbare onderzoeksopzet van een behandelstudie in de eerste lijn bedacht: de rekrutering van patiënten afzonderlijk van de huisartsen in ons onderzoek en de toepassing van het zogeheten 'prerandomisatie-design'.

De patiënten in ons onderzoek zijn gerekruteerd uit de populatie van een grote Arbodienst en de helft is toegewezen aan een door ons getrainde onderzoekshuisarts. In de meeste experimenten worden patiënten geïnformeerd over de onderzoekscondities en de willekeurige toewijzing aan een van die condities door middel van loting. Echter, wij hebben de patiënten in ons onderzoek alleen geïn-

formeerd over de conditie waar wij hen door loting aan hebben toegewezen (prerandomisatie), waardoor zij niet op de hoogte zijn van het bestaan van een andere conditie.

In hoofdstuk 3 beschrijven wij de resultaten van deze aanpassingen en de ethische aspecten die aan onze onderzoeksopzet verbonden zijn. In totaal zijn 151 patiënten gerekruteerd voor het onderzoek, waarvan 9% zich tijdens het onderzoek op een willekeurig moment terugtrok, gelijk verdeeld over de beide groepen. Deze cijfers wijzen erop dat onze strategie tot een beperking van de uitval heeft geleid. Onze onderzoeksopzet is wellicht ook interessant voor andere onderzoekers. Daarbij mag echter niet uit het oog worden verloren dat elk onderzoek zijn eigen methodologische uitdagingen kent, en dat met name het prerandomisatie-design niet lichtvaardig mag worden toegepast.

De resultaten van ons onderzoek naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie (CGT) door huisartsen bij vermoeide werknemers zijn beschreven in hoofdstuk 4, de 'hoofdstudie' van dit proefschrift. Zoals gezegd, eerder onderzoek heeft uitgewezen dat CGT door ervaren therapeuten een effectieve behandeling voor het chronisch vermoeidheidssyndroom is. Wij op onze beurt hebben onderzocht of een dergelijke behandeling ook geschikt is om door huisartsen te worden toegepast bij mildere vermoeidheidsklachten.

In totaal deden 151 vermoeide, verzuimende werknemers en 9 onderzoekshuisartsen mee aan de studie. De patiënten zijn door loting (randomisatie) toegewezen aan een van de twee condities: de experimentele groep, waarin de deelnemers 5 tot 7 sessies CGT door een onderzoekshuisarts werd aangeboden, of de controle groep, waarin alleen het natuurlijk beloop van de klachten werd gevolgd. Alle patiënten zijn gedurende een jaar 4 keer gemeten. De belangrijkste uitkomstmaten zijn de ernst van vermoeidheid, werkverzuim of werkhervatting, en 'klinisch herstel' (gedefinieerd als niet meer moe zijn in combinatie met werkhervatting).

Aan het begin van het onderzoek blijkt 44% van de patiënten te voldoen aan de internationale criteria voor het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS). Hoewel veel deelnemers verbeteren zijn er na 4, 8 en 12 maanden geen significante of relevante verschillen tussen de groepen op een van de uitkomstmaten. Ook aanvullende analyses in verschillende subgroepen laten geen verschillen zien. Dit brengt ons tot de conclusie dat kortdurende CGT door huisartsen in ons onderzoek geen effectieve behandeling is voor vermoeidheid onder verzuimende werknemers. Aangezien onze onderzoekshuisartsen niet in staat zijn geweest de interventie onder 'ideale' omstandigheden met succes toe te passen, moet het sterk betwijfeld worden of huisartsen in de dagelijkse praktijk meer succes zullen hebben met deze interventie.

In hoofdstuk 5 beschrijven wij het behandelprotocol dat aan onze kortdurende CGT ten grondslag ligt en proberen wij een kwalitatieve analyse te maken van de wijze waarop de interventie is uitgevoerd. Dit hoofdstuk ligt daarmee in het verlengde van hoofdstuk 4.

Het is moeilijk om achteraf te onderzoeken waarom de interventie in ons geval niet heeft gewerkt. Echter, het is wel mogelijk om te onderzoeken of er een relatie is tussen het herstel van de deelnemers in de experimentele groep en de wijze waarop de interventie is uitgevoerd. Daartoe gebruiken we de sessieregistratieformulieren waarop de onderzoekshuisartsen de voortgang in elke sessie hebben genoteerd.

Van de 71 patiënten die aan de CGT begonnen zijn hebben er 51 de interventie 'volgens protocol' doorlopen. Vergelijken wij in deze groep van 51 patiënten de 'herstelden' en de 'niet-herstelden', dan zijn er tussen beide groepen geen opmerkelijke verschillen in de kenmerken van de ontvangen interventie. Hoewel er verschillen zijn in de uitvoering van de interventie en de prestaties tussen huisartsen onderling, zien we geen samenhang tussen de manier waarop de interventie is uitgevoerd en de behandelresultaten per huisarts. Opmerkelijk is dat zowel de patiënten als de huisartsen de interventie als positief evalueren, ondanks het gebrek aan werkzaamheid.

Aangezien 'herstelden' en 'niet-herstelden' een vergelijkbare interventie ontvingen, en succesvolle huisartsen en minder succesvolle huisartsen een vergelijkbare interventie toepasten, zijn er aanwijzingen dat de interventie zelf niet adequaat genoeg is om effectief te zijn. Of dit aan de interventie zelf of aan de toepassing door huisartsen heeft gelegen is niet duidelijk.

De interventie bleek dus niet effectief te zijn, maar zijn er andere factoren te ontdekken die het herstel van de patiënten in onze onderzoekspopulatie kunnen voorspellen? Die vraag komt aan de orde in **hoofdstuk 6** in een zogeheten predictieve of voorspellende analyse.

Na 12 maanden blijkt 43% van de vermoeide werknemers in ons onderzoek herstelt van vermoeidheid en heeft 62% inmiddels het werk hervat. 20% van de deelnemers voldoet na 12 maanden aan de criteria voor het chronisch vermoeidheidssyndroom, afgekort als een CVS-achtige status (voor het label CVS is een diagnose door een arts nodig), in vergelijking met 44% aan het begin van het onderzoek. Door middel van multi-pele logistische regressieanalyse hebben wij vervolgens gekeken welke factoren aan het begin van het onderzoek de uitkomsten na 12 maanden voorspellen.

Hersteld zijn van vermoeidheid wordt voorspeld door het hebben van psychologische attributies (denken dat de klachten een psychische oorzaak hebben) en andere aan ziekteperceptie gerelateerde factoren zoals ervaren gezondheid. Werknemers die na 12 maanden het werk hebben hervat daarentegen zijn onder andere vaker man, zijn jonger en hebben minder vaak een CVS-achtige status aan het begin van het onderzoek. Het hebben van een CVS-achtige status na 12 maanden tenslotte wordt voorspeld door fysieke dysfuncties. Vergelijkbare analyses zijn uitgevoerd met de onderzoekspopulatie maar nu gestratificeerd naar het hebben van een CVS-achtige status aan het begin van de studie.

De resultaten laten zien dat herstel van vermoeidheid en werkhervatting door andere (onderliggende) processen worden bepaald. Fluctuaties in het aantal deelnemers dat voldoet aan de criteria voor CVS onderstrepen het vermoeden dat CVS en vermoeidheid onder werknemers verschillende maar gerelateerde stadia op een vermoeidheidscontinuüm zijn waarop individuen kunnen 'schuiven'. Daarnaast

vormen de factoren die het herstel van vermoeidheid voorspellen een aanwijzing dat de preventie en behandeling van vermoeidheid ten dele in het veranderen van perceptie moeten worden gezocht.

In **hoofdstuk 7** wisselen we van onderzoekspopulatie en maken we voor het eerst gebruik van de Maast-richtse Cohort Studie (MCS), een grootscheeps onderzoek onder 12.000 werknemers (vermoeiden en niet-vermoeiden) die bijna vier jaar lang gevolgd zijn. In onze experimentele behandelstudie hebben we vermoeide werknemers bestudeerd die al enige tijd op ziekteverzuim waren. In hoofdstuk 7 kijken we naar vermoeide werknemers uit de MCS die (nog) aan het werk zijn. In aanvulling op de resultaten uit hoofdstuk 6 beschrijven we een prospectieve studie naar de factoren die het beloop van vermoeidheid en de aanvang van langdurig verzuim in deze groep voorspellen.

In totaal zijn 2108 vermoeide, niet-verzuimende deelnemers aan de MCS geselecteerd aan het begin van de studie en zes maal opgevolgd over een periode van twee jaar. De punt prevalenties van vermoeidheid (59 tot 63%) en langdurig verzuim (2 tot 3%) blijken op al deze vervolgmetingen redelijk stabiel te zijn.

Met behulp van survival analyse (de analyse van 'overlevingsduur') worden vervolgens een aantal predictiemodellen opgesteld. De factoren bij de beginmeting die herstel van vermoeidheid in de loop van twee jaar voorspellen zijn beperkte ernst van vermoeidheid en uitputting, weinig angst, de afwezigheid van conflicten met collega's en een goede ervaren gezondheid. Een exploratieve GEE analyse van het aanhouden of weer opduiken van vermoeidheid levert dezelfde predictoren op, maar dan met associaties in de omgekeerde richting. Kijken we naar de voorspellers bij de beginmeting van de aanvang van langdurig ziekteverzuim in deze groep, dan vinden we dat verzuimers ouder zijn, vaker van het vrouwelijk geslacht zijn, minder beslissingsautoriteit hebben, vaker in nachtdienst werken, hun vermoeidheid vaker aan een somatische aandoening toeschrijven en vaker een geschiedenis hebben van ziekteverzuim in vergelijking met deelnemers die niet langdurig verzuimen in de loop van twee jaar.

Evenals in hoofdstuk 6 komen we tot de conclusie dat vermoeidheid en in dit geval ziekteverzuim door andere factoren wordt bepaald. In lijn met vorige studies die zijn uitgevoerd onder patiënten met het chronisch vermoeidheidssyndroom onderschrijven onze resultaten dat de preventie en behandeling van vermoeidheid gericht moet worden op de perceptie van gezondheid en op emotioneel welbevinden.

Vermoeidheid kent vele verschijningsvormen. In **hoofdstuk 8** onderzoeken we de relatie tussen vermoeidheid, burnout en het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS) door de profielen van de vermoeide deelnemers uit onze behandelstudie te vergelijken met CVS patiënten die eerder werden onderzocht bij het Kenniscentrum Chronische Vermoeidheid in Nijmegen. Op basis van de criteria voor CVS en burnout onderscheiden we een aantal subgroepen in onze oorspronkelijke onderzoekspopulatie. 44% van de deelnemers blijkt bij de voormeting te voldoen aan de criteria voor CVS (heeft een CVS-achtige status) en 50% voldoet aan de criteria voor burnout.

Vervolgens vergelijken we deze subgroepen op hun klinische kenmerken. CVS-achtige werknemers hebben sterkere somatische attributies dan werknemers die niet voldoen aan de criteria voor CVS. Binnen de groep CVS-achtigen zijn werknemers met een burnout depressiever dan werknemers zonder burnout. Werknemers met een burnout die niet voldeden aan de criteria voor CVS hebben sterkere psychologische attributies dan vermoeide werknemers zonder burnout. In vergelijking met CVS patiënten hebben CVS-achtige werknemers gemiddeld alleen maar een kortere klachtduur. CVS-achtige werknemers met een burnout daarentegen hebben sterkere psychologische attributies en meer psychische klachten dan CVS patiënten.

De resultaten beschouwend concluderen we dat vermoeide werknemers veel overeenkomsten vertonen met CVS patiënten, ongeacht de burnout status, en dat veel vermoeide werknemers in de behandelstudie voldoen aan de criteria voor CVS en burnout. De belangrijkste verschillen tussen de onderzochte subgroepen betreffen echter de causale attributies (het toeschrijven van de vermoeidheidsklachten aan een psychische en/of somatische oorzaak) die gemaakt worden. Dit roept de vraag op welke rol causale attributies spelen: worden ze beïnvloed door vermoeidheidsklachten of zijn het factoren die het klachtenbeloop bepalen?

In hoofdstuk 9 keren we terug naar de populatie van de Maastrichtse Cohort Studie (MCS) om de prevalentie van een CVS-achtige status in de werkende populatie te bepalen. Daarvoor maken we gebruik van de laatste meting van de MCS die 3 jaar en 8 maanden na het begin van de studie heeft plaatsgevonden, het enige moment waarop we informatie over de criteria voor CVS hebben verzameld.

Van de 5499 werknemers die op dat moment nog deelnemen aan de MCS voldoen 199 werknemers (3.6%) aan de criteria voor CVS. Na het excluseren van werknemers die bij de beginmeting van de MCS wellicht hebben voldaan aan de criteria voor CVS kunnen we de jaarlijkse incidentie van een CVS-achtige status schatten op 0.85%. In totaal 20 werknemers (0.36%) geven aan dat ze ooit de diagnose CVS of ME van een arts hebben ontvangen, waarvan maar 2 werknemers ook daadwerkelijk voldoen aan de criteria voor CVS.

We vinden dus tien keer zoveel werknemers die aan de criteria voor CVS voldoen dan werknemers die verklaren gediagnosticeerd te zijn met CVS. Ook is onze prevalentie veel hoger dan wordt gevonden in andere prevalentiestudies naar patiënten met de diagnose CVS. Deze resultaten suggereren dat CVS ondergedetecteerd wordt in de werkende bevolking, en wellicht ook in andere populaties. Verklaringen voor deze constatering moeten wellicht gezocht worden in het hulpzoekgedrag van individuen met vermoeidheidsklachten.

In de hoofdstukken 6 en 8 zagen we reeds dat vermoeidheid onder werknemers en CVS gerelateerde verschijnselen zijn, in lijn met het concept van vermoeidheid als continuüm. Maar is het ook zo dat vermoeidheid onder werknemers een voorstadium van CVS kan zijn? Om deze vraag te beantwoor-



den maken we in **hoofdstuk 10** wederom gebruik van data uit de Maastrichtse Cohort Studie (MCS). Bij de beginmeting van de MCS selecteren we 1143 werknemers met lichamelijk onverklaarde vermoeidheid die niet voldoen aan de criteria voor CVS en die bij de laatste meting nog deelnemen aan de studie. Na 44 maanden gevolgd te zijn in de MCS bekijken we de ontwikkeling van deze groep deelnemers, uitgesplitst naar drie mogelijke uitkomsten: het hebben ontwikkeld van een CVS-achtige status (8%, waarvan niemand aangeeft met CVS gediagnosticeerd te zijn), (nog steeds) moe zijn maar niet voldoen aan de criteria voor CVS (40%), en hersteld zijn van vermoeidheid (52%). Met behulp van multipale logistische regressieanalyse onderzoeken we vervolgens welke factoren bij de beginmeting de uitkomst 44 maanden later voorspellen door de drie subgroepen paarsgewijs te vergelijken. Het hebben van een CVS-achtige status versus moe zijn zonder aan de criteria voor CVS te voldoen wordt voorspeld door hoge leeftijd, uitputting, van het vrouwelijk geslacht zijn, een lage opleiding en eerdere bezoeken aan de huisarts voor problemen op het werk. Het hebben van een CVS-achtige status versus hersteld zijn van vermoeidheid wordt voorspeld door vermoeidheid, uitputting, een lage opleiding, eerdere bezoeken aan de huisarts en aan de bedrijfsarts en een slechte ervaren gezondheid. Factoren bij de beginmeting die moe zijn zonder aan de CVS criteria te voldoen versus hersteld zijn van moeheid voorspellen zijn: vermoeidheid, uitputting, lage ervaren activiteit, angstig zijn en een slechte ervaren gezondheid. Uit deze resultaten blijkt dat vermoeidheid inderdaad een voorstadium kan zijn van een CVS-achtige status onder werknemers. De prognostische rol die ervaren gezondheid speelt suggereert wederom dat de preventie en behandeling van (chronische) vermoeidheid gezocht moet worden in het veranderen van de ziekteperceptie. Minder duidelijk is de rol van hulpzoekgedrag of het krijgen van een CVS diagnose in deze.

**Hoofdstuk 11** vormt de slotbeschouwing waarin ik de belangrijkste bevindingen in dit proefschrift nog eens uitlicht en deze in een breder kader probeer te plaatsen.

Een belangrijke conclusie die uit dit proefschrift kan worden getrokken is dat wij de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie door huisartsen bij vermoeidheid niet kunnen aantonen. Om dit gegeven te interpreteren hebben we in hoofdstuk 4 de 'triade van effectiviteit' geïntroduceerd: de bevindingen in behandelstudies zijn altijd het resultaat van de interactie tussen de behandelde, de behandelaar en de behandeling. Het gebrek aan effectiviteit in onze studie is dus op te vatten als een verstoring van deze interactie. De bron van deze verstoring kunnen we helaas niet vaststellen, maar we kunnen wel een aantal mogelijke verklaringen opperen aan de hand van onze resultaten. Maar wat betekenen deze bevindingen nu voor de dagelijkse praktijk? De resultaten van de behandelstudie maar ook van de systematische review zijn aanwijzingen dat complexe interventies zoals cognitieve gedragstherapie niet tot de taak van de huisarts moeten behoren. Dat neemt niet weg dat patiënten met lichamelijk onverklaarde of psychische klachten hulp nodig hebben, ook in de eerstelijns gezondheidszorg. Meer onderzoek naar de effectiviteit van psychosociale behandelingen in de eer-

ste lijn door andere hulpverleners (eerstelijns psychologen, praktijkverpleegkundigen) is dan ook aan te bevelen.

De behandelstudie die in dit proefschrift is beschreven heeft ons onderzoekers ook een aantal methodologische inzichten verschaft. Aan de orde komen het probleem van blinding in psychotherapeutisch onderzoek en de mogelijkheden ter compensatie, de uitdagingen met betrekking tot de rekrutering van huisartsen en patiënten en de controle van onderzoeksactiviteiten door onderzoekers, de participatie van onderzoekshuisartsen en de overdraagbaarheid naar de praktijk, en de informatie over de kwaliteitskenmerken van de behandeling die noodzakelijk is voor een adequate beoordeling van psychotherapeutisch onderzoek.

Een tweede onderzoeksthema in dit proefschrift betreft de relatie tussen vermoeidheid onder werknemers en het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS). De resultaten in ogenschouw nemend kunnen we concluderen dat vermoeidheid onder werknemers in veel gevallen een langdurig aanhoudende conditie is, dat vermoeidheid onder werknemers en CVS veel overeenkomsten vertonen en dat vermoeidheid onder werknemers kan leiden tot de ontwikkeling van een CVS-achtige status, in lijn met het concept van vermoeidheid als continuüm. We hebben ons daarbij met name gericht op de prognostische rol van ziekteperceptie als persisterende, verergerende factor, iets dat al eerder werd gedaan in studies over CVS.

De mogelijke verklaringen voor onze bevindingen vormen de aanleiding tot een nieuwe hypothese over de rol van ziekteperceptie en de diagnose van CVS. Kort samengevat luidt deze hypothese dat een ongezonde perceptie van de vermoeidheidsklachten in combinatie met de bereidheid tot aanhoudend hulpzoekgedrag bij sommige vermoeiden zal leiden tot het vinden van een diagnose die past bij de klachten, en dat de diagnose CVS op haar beurt bij sommigen de ongezonde perceptie van vermoeidheid zal bekrachtigen, wat weer kan leiden tot een verergering en voortzetting van de klachten. Het krijgen van de diagnose CVS kan dus een ziekermakende betekenis hebben voor de ontvanger die lijdt onder zijn klachten.

Tot slot van hoofdstuk 11 volgt een aantal aanbevelingen voor verder onderzoek, waarbij de behandeling van vermoeide werknemers, de veronderstelde verschillen tussen CVS-achtigen en CVS patiënten en de preventie van CVS besproken worden.

