

Chronische- vermoeidheids- syndroom; sluiting van de CVS-refe- rentiecentra in België: quo vadis?

FILIP VAN DEN EEDE,
GRETA MOORKENS

In 2002 werden in België vijf CVS-referentiecentra opgericht met de steun van het Rijksinstituut voor ziekte- en invalideitsverzekering (RIZIV), toen een veelbelovend initiatief voor de multidisciplinaire diagnostiek en behandeling van het chronischevermoeidheidssyndroom (CVS). De kern van het behandelingsaanbod bestond uit cognitieve gedragstherapie en fysiotherapie, met inbegrip van progressieve conditietraining. In 2012 werden de centra helaas onherroepelijk gesloten. Betrof dit een zuiver budgettaire maatregel in tijden van economische crisis, of zijn er andere onderliggende factoren?

Controverse, ondanks toenemende evidentie De meest gehanteerde operationele definitie van CVS is nog steeds die van Fukuda e.a. (1994): een aanhoudende vermoeidheid gedurende minimaal zes maanden die de activiteit in belangrijke mate vermindert en waarbij rust onvoldoende herstel biedt. De vermoeidheid is niet te verklaren door een medische of psychiatrische aandoening, en ze gaat gepaard met minstens vier van de volgende bijkomende symptomen: klachten van verminderde concentratie of geheugenfunctie, keelpijn, gevoelige klieren, pijnlijke of verstijfde spieren, multiple gewrichtspijnen, hoofdpijn, malaisegevoel na inspanning en niet-herstellende nachtrust. Het gaat hier om een beschrijvende klinische diagnose, aangezien er geen gevalideerde diagnostische markers of tests voorhanden zijn.

Er bestaat nog steeds veel controverse over de diagnose, ondanks de toenemende wetenschappelijke evidentie over voorbeschikkende, uitlokkende en onderhoudende etiologische factoren (Prins e.a. 2006). Onderzoek heeft ook gewezen naar een uiteindelijke gemeenschappelijke pathogenetische route (*final common pathway*), te weten de ontregeling van het stresssysteem, gekenmerkt door een verminderde functie van de hypothalamus-hypofyse-bijnieras (HPA-as). In een recent overzichtsartikel pleiten Papadopoulos en Cleare (2012) voor een multifactorieel model, waarin verschillende factoren interageren en de HPA-asfunctie beïnvloeden.

Onvoldoende doorgedrongen tot eerste lijn Een hoofddoelstelling van het RIZIV was de opbouw van een netwerk van hulpverlening in de eerstelijnszorg vanuit de expertise in de CVS-referentiecentra. Deze doelstelling is niet bereikt. Mogelijk werden de huisartsen onvoldoende betrokken in de diagnostiek en in het behandelprogramma. Vanuit de eerste lijn is er in ieder geval onvoldoende interesse ontstaan voor de problematiek van CVS. Patiënten met chronische en onverklaarde lichamelijke klachten wekken vaak gevoelens van onbegrip, irritatie en onmacht op bij hulpverleners, en dat is niet minder het geval bij CVS. De arts, geconfronteerd met een patiënt die maanden blijft klagen over moeheid, beleeft dit na-

melijk vaak als een *heart-sinker*, omdat het consult lang duurt, er geen oorzaak wordt gevonden en het herstelproces moeizaam verloopt.

Effect van de behandeling Het behandelingsaanbod voor CVS is beperkt. De hoekstenen van de behandeling zijn cognitieve gedragstherapie en progressieve conditietraining. Dit zijn wetenschappelijk onderbouwde behandelingsmethoden voor CVS, met een bewezen klinisch effect (Prins e.a. 2006). Interessant is ook dat er een biologisch effect van beschreven werd. Roberts e.a. (2010) toonden aan dat er na 15 sessies cognitieve gedragstherapie bij CVS een significante verhoging van de cortisolspiegels was. Eerder rapporteerde deze onderzoeksgroep dat lagere cortisolspiegels bij CVS samenhangen met een minder goede respons op cognitieve gedragstherapie (bij patiënten die geen psychotrope medicaties innamen). Dit wijst op een voorspellende waarde van ontregelingen van de HPA-as.

Er ontstond echter toenemende kritiek op het behandelingsaanbod van de CVS-referentiecentra. Ten eerste vormde de behandeling zelf een punt van commentaar. De klinische studies naar de effectiviteit van gedragstherapie bij CVS zijn voornamelijk gericht op individuele behandelingen, eerder dan op groepsbehandelingen, en gaan gepaard met veel uitval. Ook werd er in het betreffende onderzoek onvoldoende rekening gehouden met de complexe heterogeniteit, die onder meer ontstaat door de hoge comorbiditeit in deze patiëntengroep.

Verder toonde een evaluatie van de sociaaleconomische re-integratie na behandeling in de referentiecentra dat het economisch doel van werkhervatting doorgaans niet bereikt wordt. Dit is echter deels te verklaren door de lange gemiddelde duur van de klachten (gemiddeld 8 jaar) vóór aanmelding.

Ook vanuit de biologische psychiatrie was er veel kritiek, waarbij men stelde dat de behandeling onvoldoende steunt op de vastgestelde biochemische en immunologische ontregelingen (Maes & Twisk 2009). De vraag is echter of deze bevindingen geëxtrapoleerd kunnen worden naar de klinische praktijk.

Quo vadis? Fondsen voor voortzetting van RIZIV-ondersteuning voor patiënten met CVS bleken in 2011 niet langer voorhanden en in maart 2012 werd de tegemoetkoming voor het traject in de referentiecentra plots gestopt door het RIZIV. Een voorstel tot oprichting van eerstelijnscentra werd afgewezen door het RIZIV. De huidige situatie na de sluiting van de centra is echter zorgwekkend. Het aantal aanmeldingen van patiënten met CVS-klachten blijft onverminderd hoog. Deze patiënten hebben een team met

LITERATUUR

- Fukuda K, Straus E, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A. the chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. *Ann Intern Med* 1994; 121: 953-9.
- Maes M, Twisk FN. Chronic fatigue syndrome: La bête noire of the Belgian health care system. *Neuro Endocrinol Lett* 2009; 30: 300-11.
- Papadopoulos AS, Cleare AJ. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysfunction in chronic fatigue syndrome. *Nat Rev Endocrinol* 2012; 27: 22-32.
- Prins JB, van der Meer JW, Bleijenberg G. Chronic fatigue syndrome. *Lancet* 2006; 367: 346-55.
- Roberts AD, Charler ML, Papadopoulos A, Wessely S, Chalder T, Cleare AJ. Does hypocortisolism predict a poor response to cognitive behavioural therapy in chronic fatigue syndrome? *Psychol Med* 2010; 40: 515-22.

AUTEURS

FILIP VAN DEN EEDE, medisch coördinator, dienst Psychiatrie, Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA); deeltijds docent, Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Antwerpen (UA).

GRETA MOORKENS, adjunct-diensthoofd, dienst Algemeen Inwendige Ziekten in het UZA; deeltijds docent, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, UA.

Correspondentieadres: prof. dr. Filip Van Den Eede, Dienst Psychiatrie
Universitair Ziekenhuis Antwerpen,
Wilrijkstraat 10, 2650 Edegem, België.
E-mail: filip.van.den.eede@uza.be.

expertise nodig dat zorgt voor analyse van de vermoeidheidsproblematiek in de diagnostische fase en later kan begeleiden in de therapeutische fase.

De derdelijnszorg blijft momenteel haar rol vervullen in de diagnostiek (chronische moeheid is niet hetzelfde als CVS), maar in het therapeutisch traject is een revalidatietraject voor deze kwetsbare populatie vaak onbetaalbaar zonder de RIZIV-tussenkomst. Er zal bijgevolg voor vele patiënten geen gestructureerd en onderbouwd behandelingsaanbod meer zijn. Het risico bestaat bovendien dat onwetende patiënten zich zullen wenden tot omstreden en onvoldoende op evidentie gebaseerde vormen van zorg.

Wij zijn ervan overtuigd dat het probleem van moeheid, chronische moeheid en CVS in onze stressvolle samenleving alleen maar zal toenemen. Fondsen voor preventie en een interdisciplinaire aanpak zijn noodzakelijk en vormen een investering op lange termijn.

Geen strijdige belangen meegedeeld.