

DE BEHANDELING VAN CVS IN DE EERSTE LIJN

Uitdaging of verplicht nummer?

T. DECLERCQ, H. STUER, S. HEYTENS, S. BLANCKE, R. ROGIERS, J. EYSKENS

SAMENVATTING

Huisartsen ervaren vaak terughoudendheid om patiënten met chronischevermoeidheidsklachten te begeleiden. Op dit moment ontbreekt een wetenschappelijk onderbouwde aanbeveling voor de aanpak van patiënten met chronische vermoeidheid in de eerste lijn.

In dit artikel willen we enkele methoden aanreiken die de begeleiding van patiënten met langdurende vermoeidheid kunnen vormgeven. Er wordt ingegaan op het belang van interdisciplinaire samenwerking, bijvoorbeeld met een in deze materie ervaren kinesist. Bedoeling is om aan de hand van dit artikel beide beroepsgroepen, huisartsen en kinesisten, warm te maken voor de aanpak van deze bijzondere groep patiënten.

T. Declercq, huisarts, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent;

H. Stuer, huisarts, Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit Antwerpen;

S. Heytens, huisarts, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent;

S. Blancke, huisarts, Geneeskunde voor het Volk 'De Bres', Deurne (Antwerpen);

R. Rogiers, psycholoog, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent;

J. Eyskens, kinesist, dienst Algemeen inwendige ziekten, Universitair Ziekenhuis Antwerpen.

Correspondentie: TomRW.Declercq@UGent.be

Belangenconflict: niets aangegeven

Declercq T, Stuer H, Heytens S, Blancke S, Rogiers R, Eyskens J. De behandeling van CVS in de eerste lijn. Uitdaging of verplicht nummer? *Huisarts Nu* 2010;39:379-84.

INLEIDING

Het chronischevermoeidheidssyndroom (CVS) is een chronische aandoening met wisselend verloop, wisselende morbiditeit en uitkomst. De oorzaak van deze syndroomdiagnose is onbekend. Ook over het gebruik van de term CVS zelf heerst onenigheid¹.

Naar schatting hebben in België ongeveer 10 à 15 000 mensen last van chronischevermoeidheidsklachten². Langdurende vermoeidheid kan het gevolg zijn van ziekte, zoals morbide obesitas, niet-gediagnosticeerde diabetes type 2, miskend slaapapneusyndroom en/of psychiatrische aandoeningen (depressie, angst, posttraumatisch stresssyndroom). Wanneer iemand zich aanbiedt met meer dan zes maanden vermoeid-

heid, kan de huisarts, conform de criteria van Fukuda en met uitsluiting van alle mogelijk onderliggende aandoeningen, de diagnose van CVS stellen¹. Als huisarts kiezen we ervoor om in de groep van patiënten met CVS een onderscheid te maken tussen een niet-gecompliceerde groep, 'CVS jaar één' genoemd, en een gecompliceerde groep. In dit artikel willen we ingaan op de aanpak van die eerste, ongecompliceerde groep.

De behandeling van CVS is op dit moment enkel onderbouwd voor cognitieve gedragstherapie (CGT) en gradueel opbouwende oefentherapie of 'graded exercise therapy' (GET)¹. Beide behandelingen werden in ons land tot nog toe vooral op een gestandaardiseerde manier en met wisselend succes aangeboden.

Patiënten en hulpverleners kregen de voorbije jaren een groeiend gevoel van frustratie wegens het uitblijven van duidelijke resultaten³. Door de afbouw van de hulpverlening vanuit de derde lijn zal een deel van deze complexe problematiek opnieuw op de eerste lijn terechtkomen. In een recent onderzoek van enkele jonge huisartsen uit het Leuvense blijkt dat de huisarts zich noch geroepen, noch voorbereid voelt om de zorg voor patiënten met CVS op zich te nemen⁴.

In dit artikel willen de auteurs een overzicht geven van de kennis, vaardigheden en houding die de huisarts kunnen helpen bij de opvang van dergelijke 'moeilijke' patiënten. Concreet wordt een huisartsvriendelijk werkinstrument voorgesteld, het zogenaamde 'drieveldenmodel'⁵. Daarnaast staan we stil bij de noodzaak van een open empathische houding van de arts om deze patiënten te kunnen begeleiden. Ten slotte bespreken we kort de wisselwerking tussen cognitief gedragsmatige interventies, aangeboden door de getrainde huisarts en interventies van de geïnteresseerde eerstelijnskinesist en/of psycholoog.

Wegens gebrek aan een internationale standaard of richtlijn op de eerste lijn kan dit artikel geen 'kookboek' zijn, maar wel een aanzet tot een vernieuwde interesse in een meer doelmatige aanpak van patiënten met langdurende vermoeidheid in de eerste lijn.

HET DRIEVELDENMODEL

Anamnese

Bij elke patiënt met langdurende vermoeidheid neemt de huisarts een uitgebreide anamnese af, verricht hij een lichamelijk onderzoek en vult deze bevindingen aan met een beperkt oriënterend labo. Conform het advies van de Neder-

landse Gezondheidsraad kan de huisarts al op dit niveau de diagnose van CVS stellen ¹.

We pleiten ervoor om verwijzingen naar de tweede of derde lijn bij de diagnose van langdurende vermoeidheid beperkt in aantal en in tijd te houden. Naargelang de begeleidende symptomen van de langdurende vermoeidheid kan de huisarts verwijzen voor een beperkt internistisch, neurologisch onderzoek of onderzoek van het houding- en bewegingsapparaat om onderliggende ernstige pathologie uit te sluiten. Bij vermoeden van een comorbide psychiatrische stoornis kan naar de psychiater doorverwezen worden. Het verdient aanbeveling om in het diagnostisch proces enkel te verwijzen naar collegae-specialisten die met de aandoening CVS vertrouwd zijn, die bereid zijn het klassieke tweesporenbeleid te volgen en die geen interne doorverwijzingen plannen zonder de huisarts hierbij te betrekken.

Na studie van het patiëntendossier zal de huisarts in een volgend consult samen met de patiënt relevante deelaspecten van zijn langdurende vermoeidheid door middel van drie assen in een tabel uitzetten. Het is de bedoeling met deze tabel een visueel overzicht te krijgen op de langdurende en vaak complexe problematiek waarin de patiënt beland is.

KERNPUNTEN

Omdat in de eerste lijn een aanbeveling over de aanpak van patiënten met langdurende vermoeidheid ontbreekt, is het belangrijk een aanzet te geven tot een meer gestructureerd omgaan met deze 'moeilijke' patiëntengroep in de eerste lijn.

Empathie is voor de huisarts als attitude onontbeerlijk om een patiënt met langdurende vermoeidheid te begeleiden.

Daarnaast wordt kennis van de mogelijke onderliggende oorzaken alsook van de faciliterende, activerende en onderhoudende factoren van langdurende vermoeidheid verondersteld.

De begeleiding van deze patiënten in de eerste lijn moet zo mogelijk van in het begin interdisciplinair verlopen met inbreng van een in deze materie geïnteresseerde kinesist en zo nodig van een eerstelijnspsycholoog.

Het drieveldenmodel, ontwikkeld aan de Universiteit Antwerpen, en het daaruitvolgende individuele behandelingsplan zijn praktische hulpmiddelen in deze begeleiding.

De opvolging van dit begeleidingsplan aan de hand van enkele technieken uit de cognitieve gedragstherapie en een 'mindfulle' benadering bieden ook praktische ondersteuning.

Het drieveldenmodel

Het is de bedoeling dat de huisarts en zijn patiënt het drieveldenmodel samen invullen, bijvoorbeeld op een A3-blad, om zo een visueel overzicht te krijgen op de complexe problematiek:

- Op de eerste horizontale as worden de *neuropsychiatrische problemen* geïnventariseerd waarmee de patiënt in zijn levensloop werd geconfronteerd.
- Op de tweede horizontale as inventariseren arts en patiënt de *somatisch-internistische problemen*.
- Op de derde horizontale as inventariseren arts en patiënt alle *musculoskeletale problemen*.

Verder wordt, conform het document van de Nederlandse Gezondheidsraad ¹, in drie verticale assen een onderscheid gemaakt in:

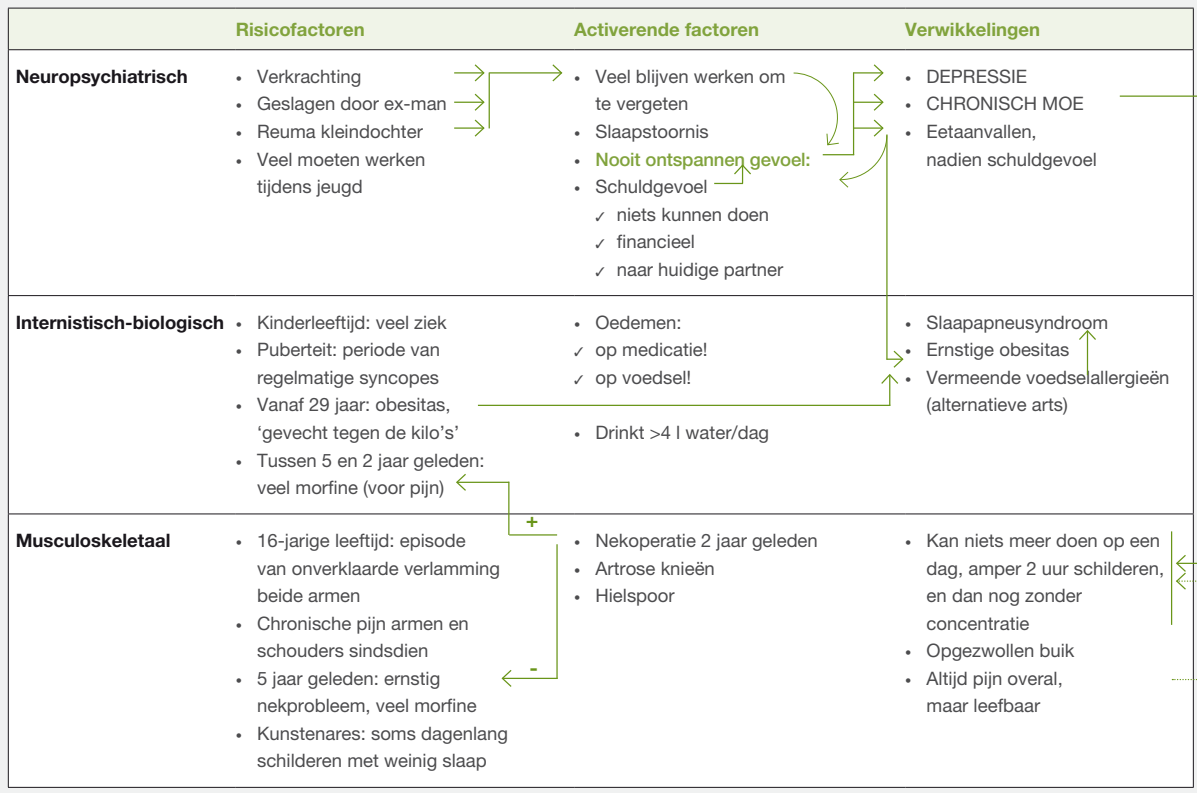
- *Faciliterende of risicofactoren*: dit zijn gebeurtenissen die een persoon meer kwetsbaar maken voor het al dan niet ontwikkelen van CVS, zoals een trauma in het verleden (misbruik, echtscheiding,...).
- *Initiërende of activerende factoren* omvatten de triggers. Zo kan een virale infectie plots de aanleiding vormen tot het ontwikkelen van chronische klachten bij die personen die daartoe al meer kans hadden, bijvoorbeeld ten gevolge van hun hyperactieve levensstijl. Het is goed bekend dat deze triggers weliswaar in gang zetten, maar noch de oorzakelijke, noch de onderhoudende factor zijn. Van een EBV-infectie wordt nog vaak onterecht verondersteld dat deze de oorzaak van CVS kan zijn.
- *Onderhoudende factoren of verwikkelingen*: hier worden de gevolgen van voorgaande factoren ondergebracht, bijvoorbeeld angst, overgewicht of immobiliteit. Deze verwikkelingen houden op hun beurt de aandoening, langdurende moeheid, in stand.

Vervolgens wordt vanuit de anamnese van de patiënt een tijdslijn doorheen dit drieveldenmodel getekend. Door de gebeurtenissen/ziektes die zich bij de patiënt voordeden, in een tijdslijn met elkaar te verbinden, hopen huisarts en patiënt meer inzicht te verwerven in de vermoeidheid van de voorbije maanden. Deze tijdslijn moet de negatieve spiraal waarin de patiënt zich bevindt, aanschouwelijk maken.

Ten slotte kunnen arts en patiënt een behandelingsplan aanbrengen op dit drieveldenmodel. Arts en patiënt kiezen een welbepaalde volgorde van aanknopingspunten die een eerste aanpak van de langdurende vermoeidheid kan zijn.

Voorbeeld van een ingevuld drieveldenmodel, ingevuld op basis van het praktijkverhaal over Gerda (zie ook blz. 376-7).

De pijlen geven de negatieve spiraal weer. Voor deze patiënte worden de verschillende behandelopties overzichtelijk voorgesteld. Zo kan haar depressie behandeld worden door middel van psychotherapie en/of antidepressiva. De psycholoog, samen met de diëtist, zullen ook aandacht moeten schenken aan de behandeling van de eetstoornis en de obesitas van patiënten. Objectiveren of uitsluiten van voedselallergie is nodig om fixatie daarop te vermijden. Hoewel pijnstilling voor deze patiënte niet prioritair is, wordt haar pijn wel erkend door opname in het drieveldenmodel.



Individueel behandelingsplan

Psycho-educatie, aanpak op maat van de symptomen en herstel van de basisrust

Bij het behandelingsplan voor de CVS-patiënt volgt de huisarts een klassiek tweesporenbeleid. Enerzijds dienen de behandelbare deelaspecten van de langdurende vermoeidheid zoals begeleidende pijn, toenemende immobiliteit, depressieve gevoelens, angst, relationele problemen, bij de patiënt aangepakt te worden. Deze aanpak kan medicamenteus en/of niet-medicamenteus verlopen. Chronische pijn wordt bijvoorbeeld zo adequaat mogelijk behandeld door middel van pijnstillers onder de vorm van paracetamol, NSAID's of majeure pijnstillers type tramadol, maar ook met behulp van uitgebreide psycho-educatie.

Anderzijds schenkt de huisarts voldoende aandacht aan het herstel van één van de basisproblemen bij patiënten met chronische vermoeidheid: het ontbreken van recupererende rust. Om deze noodzakelijke basisrust te herstellen kunnen relaxatietechnieken, cognitieve gedragstherapie of, zo nodig en liefst in de tijd beperkt, psychomedicatie worden toegepast. De huisarts kan zelf een aantal cognitieve

gedragsmatige technieken aanbieden of daarvoor verwijzen naar een psycholoog.

In het behandelingsplan staat het begrip 'kuuroord thuis' centraal⁶. De patiënt moet in zijn specifieke thuishituatie behandeld worden. Mogelijk moet deze ook aangepast worden aan de noden van de therapeutische strategieën. Zo kan bij patiënten met een hyperactieve levensstijl deeltijds werk of zelfs tijdelijke werkonbekwaamheid een eerste noodzakelijke randvoorwaarde betekenen.

Relevante deelaspecten aanpakken en evalueren

Voor de uitvoering van het afgesproken behandelingsplan biedt de huisarts een reeks consulten op afspraak aan, waarin telkens een door de patiënt aangegeven item uit het drieveldenmodel aangepakt wordt. Een dergelijk consult kan worden georganiseerd aan de hand van een dagboek, waarin de patiënt zijn dagdagelijkse activiteiten, moeheid, gedachten en gevoelens daarover optekent^{7,8}.

Bij voorkeur wordt gestart met een deelaspect uit de drieveldentabel, waarvan zowel de arts als de patiënt vinden dat dit haalbaar en veranderbaar is. Zo kunnen de huisarts en zijn patiënt ervoor kiezen om een gebrek aan lichaamsbewe-

ging als eerste aan te pakken. Volgens de technieken van de cognitieve gedragstherapie zal de behandelende arts erover waken dat in het dagboek ruim aandacht gegeven wordt aan positieve gedachten. De patiënt wordt een meer helpend gedrag aangeleerd, zoals het omgaan met reacties van de buitenwereld op de klachten van de patiënt. Naast het bijhouden van een dagboek is het ook de bedoeling om patiënten met CVS opdrachten mee te geven die gericht zijn op het 'omgaan met'.

Vorderingen worden geëvalueerd door de patiënt zijn moeheid en/of pijn te laten aanduiden op een schaal van nul tot tien. Door middel van een socratische vraagstelling zal de huisarts met respect voor de patiënt (schijn)zekerheden of (schijn)onmogelijkheden in vraag stellen⁸. Na verloop van een aantal sessies wordt het behandelde deelaspect geëvalueerd en kan een nieuw item aan bod komen.

Enkele noodzakelijke randvoorwaarden

Voor de vermelde cognitief-gedragstherapeutische technieken verwijzen we naar huisartsentrainingen die tijdens en na de huisartsenopleiding aan de universiteiten gegeven worden en naar eerder gepubliceerde artikelen⁹.

Zoals bij andere onverklaarde syndromen verdient een tijdsgerichte aanpak de voorkeur op een klachtengerichte aanpak: de huisarts legt afspraken vast, los van het wisselende karakter van de klachten en kiest voor een protocol waarbij op een *niet-vrijblijvende manier* problemen stapsgewijs worden aangepakt.

Medicamenteuze behandeling is enkel ondersteunend en waar mogelijk afgelijnd in de tijd. Antidepressiva blijken enkel werkzaam op een eventueel comorbide depressie, maar hebben geen effect op de vermoeidheid op zich¹⁰.

Dit beleid waarbij de huisarts in 'contract' met zijn patiënt een bepaald traject van vaste opvolgconsulten doorloopt, is nog niet echt ingeburgerd in de eerste lijn. Het best benoemt de huisarts dergelijk beleid dan ook als bijzonder en specifiek, gericht op de langdurende vermoeidheid, zodat beide partijen, patiënt en arts, weten waaraan ze zich kunnen verwachten en zich hiervoor beiden ook kunnen engageren.

Training van huisartsen is onontbeerlijk. Een aangepaste nomenclatuur is gezien de tijdsinvestering gewenst, maar helaas wettelijk nog niet voorzien.

EEN EMPATHISCHE HOUDING ALS BASISATTITUDE

Omdat de begeleiding van patiënten met langdurige en onbegrepen klachten zoals CVS een open, niet-beoordelende en luisterende houding van de huisarts vraagt, willen we enkele aspecten van deze aandachtsvolle attitude toelichten.

Mindfulness helpt de arts om met een milde, niet-oordelende blik de patiënt in zijn totaliteit te benaderen. Hij kan een ruimte creëren waarbij de patiënt zijn pijn- of moeheidsbeleving kan ventileren zonder zich opnieuw te moeten bewijzen. Deze mogelijkheid is voor de patiënt een noodzakelijke voorwaarde om de pijn, angst of moeheid op een andere manier

te beleven, te bekijken en aan te pakken. Als er voldoende ruimte is, kan de huisarts mee helpen zoeken naar eventuele drempels en weerstanden in het dagelijks leven waarmee de patiënt wordt geconfronteerd. Door op een creatieve en persoonlijke manier aan de slag te gaan krijgen patiënten meer en meer controle over hun eigen voelen en denken, zodat ze zich stap voor stap sterker gaan voelen.

Dit gradueel proces van ruimte maken, weerstanden opzoeken en weerstanden wegwerken, de patiënt zelf betrekken en aan het woord laten, is een voorbeeld van 'empowerment' op het individuele niveau, waarbij de patiënt zijn eigen hulpverlener wordt, opgeleid en ondersteund door zijn huisarts¹¹.

We zijn van mening dat de specifieke, langdurende en unieke arts-patiëntrelatie in de eerste lijn de beste randvoorwaarden biedt voor de realisatie van deze doelstellingen¹².

INTERDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

Gespecialiseerde psychotherapie

Wanneer tijdens het individuele behandelingsplan van de patiënt meer ernstige comorbiditeit wordt vastgesteld, bijvoorbeeld een posttraumatisch stressyndroom na misbruik of een op chronische vermoeidheid geënte persoonlijkheidsstoornis, moet de huisarts zijn patiënt voor meer gespecialiseerde psychotherapie verwijzen¹³.

Verwijzing kan gebeuren naar een psycholoog op de eerste of tweede lijn. Het in de nabije toekomst creëren van de functie van een 'echte' eerstelijnspsycholoog die de patiënt in de vertrouwde huisartsensetting of zelfs bij de patiënt thuis kan zien, zal ongetwijfeld nog meer bijdragen tot de visie van 'kuuroord thuis' en kan de huisarts ook in deze problematiek ontlasten.

Samenwerking met de kinesist

Individueel revalidatieprogramma

De grootste uitdaging voor de eerste lijn is de interdisciplinaire samenwerking conform een eenduidig behandelprotocol. Meer bepaald kan in de communicatie tussen de huisarts en de kinesist het drieveldenmodel een nuttig document zijn voor bondige en overzichtelijke informatie-uitwisseling. Dit drieveldenmodel dient dan te worden aangevuld met de aanpak die de kinesist in samenspraak met de patiënt heeft opgesteld.

Volgens de principes van actieve participatie wordt de patiënt de kans geboden om zelf mee te werken aan de verbetering van zijn levenskwaliteit. Deze aanpak creëert een perspectief om terug op een normale wijze een actief leven te leiden, mogelijk met een andere invulling dan voordien, maar vraagt tezelfdertijd een sterk engagement van de patiënt.

De kinesist zal als 'coach' een individueel revalidatieprogramma opstellen. Dat programma is maatwerk en sluit nauw aan bij de specifieke mogelijkheden van de patiënt. Het samen afspreken van zeer concrete doelen die op middellange termijn bereikt kunnen worden, is belangrijk en sluit aan bij het concept 'kuuroord thuis'.

Overleg huisarts en kinesist

Idealiter kan de huisarts de patiënt voorbereiden op de specifieke kinesitherapeutische behandeling door de basisprincipes ervan uit te leggen. Van de kinesist wordt verwacht dat hij op geregelde tijdstippen verslag uitbrengt over de vorderingen van de patiënt of dat hij de huisarts waarschuwt als de patiënt niet goed evolueert. Om in de loop van het revalidatieproces tegenstrijdige boodschappen te vermijden is regelmatig overleg tussen huisarts en kinesist noodzakelijk.

Het is aangewezen dat de kinesisten in de tweede en derde lijn dezelfde standaardprotocols voor evaluatie, registratie en follow-up hanteren.

Graded exposure therapy

Het doel van de aanpak binnen de kinesitherapeutische praktijk ligt in het heropnemen van functies (familiaal, sociaal, school- en zo mogelijk professionele activiteiten eventueel na een heroriëntatie,...) binnen een ziektemodel dat de mogelijkheid tot herstel veronderstelt.

De reconditionering van de patiënt zal niet strikt als *graded exercise therapy* (waar oefenen centraal staat), maar als *graded exposure therapy* (beide worden als GET afgekort) aangeboden worden.

Centraal in dat tweede concept staat het gradueel verbeteren van de kwaliteit van de (gewenste, gekozen, verplichte,...) dagelijkse activiteiten. Concreet leert de kinesist de patiënt hoe hij zijn energie kan sparen door bijvoorbeeld op een juiste wijze te stappen, waardoor buiten wandelen weer mogelijk wordt. Ook bij het uitvoeren van huishoudelijke taken zoals strijken, zijn ergonomische raadgevingen en het aanleren van een juiste wijze van gewichten houden of het leren zich correct oprichten, eerder aan de orde dan 'schouderoefeningen'. Voor de kinesist, in zijn hoedanigheid van bewegingsconsulent, is het aspect 'hoe' belangrijker dan het aspect 'wat'.

Door samen met de patiënt week- en dagschema's op te stellen wordt gezocht naar een veilige en vooral haalbare kwaliteit van beweging. De kwantiteit van het bewegen en van de opgenomen functies wordt pas in een tweede fase stelselmatig verhoogd. Een verhoging gebeurt nooit los van de al verhoogde kwaliteit van beweging^{14,15}.

Passieve technieken

Passieve technieken zoals massage, manipulaties/mobilisaties, elektrotherapie kunnen als hulpmiddel worden aangeboden, maar moeten worden beperkt in de tijd.

Ook in de kinesitherapeutische praktijk kan mindfulness worden gebruikt als één van de technieken om de beweging te helpen vertragen. Hierdoor leert de patiënt de aangereikte, energiezuinige bewegingen te voelen en krijgt hij daardoor terug contact met zijn lichaam.

Aanpak van de 'gecompliceerde' CVS-patiënt

Een aanpak in eigen beheer door de huisarts van de CVS-patiënt, met de nadruk op 'kuuroord thuis', leent zich vooral

voor patiënten zonder al te veel comorbiditeit, 'CVS jaar één' genoemd.

Een CVS-patiënt met verwickelingen zal eerder nood hebben aan een interdisciplinaire aanpak, waarbij hogerop vermelde technieken op een meer systematische en doorgedreven manier aangewend worden. Daartoe zou de huisarts in overleg met de patiënt idealiter een beroep moeten kunnen doen op meer gespecialiseerde diensten, zoals de CVS-referentiecentra op de derde lijn, een Kenniscentrum voor Chronische Vermoeidheid op nationaal niveau of, dichterbij huis, diensten op de tweede lijn met specifieke interesse en expertise op vlak van het chronischevermoeidheidssyndroom. Het is de bedoeling dat, in overleg met de referentiecentra, er in de toekomst een beter zicht komt op de beschikbaarheid van dergelijke diensten in Vlaanderen.

BESLUIT

De opvang van patiënten met chronische vermoeidheid vergt van de huisarts specifieke kennis, vaardigheden en attitude.

Bij gebrek aan wetenschappelijke literatuur over dit onderwerp in de eerste lijn en door een in het verleden exclusief investeren in derdelijnszorg is er op dit moment onvoldoende kennis voor de ontwikkeling van een aanbeveling of richtlijn voor patiënten met langdurende moeheid in de eerste lijn.

Wel kan een eerste aanzet gegeven worden voor de uitbouw van een dergelijk specifiek eerstelijnsprogramma en dit liefst in samenwerking met de collega's van de tweede en derde lijn. Enkel met een dergelijke ondersteuning zullen huisartsen opnieuw zin krijgen om mensen met langdurende vermoeidheid op te vangen.

Ondertussen zal de huisarts, samen met de geïnteresseerde eerstelijnskinesist en/of psycholoog, zelf aan de slag moeten gaan samen met zijn patiënt. Het werken met het driedveldenmodel, een open empathische houding en enige notie van cognitief gedragstherapeutische technieken kunnen hem daarbij helpen.

Literatuur

- 1 Anoniem. Het chronische vermoeidheidssyndroom. Advies van de Nederlandse Gezondheidsraad, 2005. www.gezondheidsraad.nl/nl/adviezen/het-chronische-vermoeidheidssyndroom (laatst geraadpleegd op 21/05/2010).
- 2 Stordeur S, Thiry N, Eyssen M. Chronisch vermoeidheidssyndroom: diagnose, behandeling en zorgorganisatie. KCE reports 88 A. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2008.
- 3 Grypdonck L, Van Mechelen W. Lichamelijk onverklaarde klachten in de huisartsenpraktijk: een explorerend onderzoek naar de opvattingen van Vlaamse huisartsen in beroepsopleiding en huisartsen-opleiders (masterthesis Huisartsengeneeskunde). Leuven: Katholieke Universiteit Leuven, 2008.
- 4 Van Houdenhove B, Luyten P. Treatment of chronic fatigue syndrome: how to find a 'new equilibrium'? *Patient Educ Couns* 2009;77:153-4.
- 5 Stuer H. Anamnese met aandacht voor hinderpalen en onderhouden-de factoren en klinisch onderzoek bij langdurige moeheid - mondelinge mededeling in kader van lentevergadering voor de omnipracticus. UZ Antwerpen, 29 april 2010.
- 6 Leroy B. Kuuroord thuis, een ethische keuze - mondelinge mededeling op Symposium Psychosomatiek in beweging. AZ Sint Jan Brugge, 19 oktober 2009.
- 7 Van Duppen D, Neirinckx J, Seuntjens L. Van counselen naar cognitieve gedragstherapie. Een meerwaarde in de huisartsenpraktijk. *Huisarts Nu* 2005;34:195-203.

- 8 Oh RC. The Socratic method in medicine - the labor of delivering medical truths. *Fam Med* 2005;37:537-9.
- 9 Reid SF, Chalder T, Cleare A, et al. Chronic fatigue syndrome. *Clin Evid (online)* 2008;28:1101.
- 10 Van Duppen D, Neirinckx J, Seuntjes L. Behandeling van het chronisch-vermoeidheidssyndroom in de huisartsenpraktijk. Van counselen naar cognitieve gedragstherapie. *Huisarts Wet* 2003;46:259-62.
- 11 Blancke S. Mindfulness en cognitieve gedragstherapie. Verrijken ze mijn huisartseninstrumentarium? *Huisarts Nu* 2010;39:137-41.
- 12 Van Dulmen A. De helende werking van het arts-patiëntcontact. *Huisarts Wet* 2001;44: 490-4.
- 13 van Emmerik A, Berrey E. Leven met een trauma. Houten: Bohn, Stafleu, Van Loghum, 2006.
- 14 Eyskens J. Lokaal - spinaal - centraal: cursus fibromyalgie en CVS. Associatie van Bewegingsconsulenten vzw, 1991.
- 15 Eyskens J. Body in peace. Antwerpen: Standaard Uitgeverij, 2007. (zie ook www.doorvoeldbewegen.be)

COMMENTAAR

COMPLEXITEITSDENKEN IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

Een nieuw model voor het interpreteren en behandelen van complexe ziektebeelden

G. GODERIS

SAMENVATTING

'Complexiteit' als nieuw paradigma voor de interpretatie en analyse van biologische en maatschappelijke fenomenen is nog maar weinig ingeburgerd in de medische wetenschap. Nochtans biedt de theorie ons de mogelijkheid om deze fenomenen op een meer genuanceerde en correcte manier in te schatten.

In dit nummer wordt een eerste aanzet gegeven om deze boeiende materie aan te snijden. In een eerste artikel legt G. Goderis de theoretische grondslagen van complexiteit uit en wordt een brug gemaakt naar de interpretatie van ziektegedrag. In een volgende artikel past H. Wynants dit model toe op het optreden en de aanpak van complexe ziektebeelden zoals fibromyalgie en het chronischevermoeidheidssyndroom.

G. Goderis, wetenschappelijk medewerker, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven.

Correspondentie: geert.goderis@med.kuleuven.be
Belangenconflict: niets aangegeven

Goderis G. Complexiteitsdenken in de huisartsenpraktijk. Een nieuw model voor het interpreteren en behandelen van complexe ziektebeelden. *Huisarts Nu* 2010;39:384-8.

EEN NIEUW MODEL VOOR COMPLEXE KLACHTEN

Huisartsen kunnen niet met alle patiënten even gemakkelijk omgaan. Patiënten met moeilijk definieerbare klachten, fibromyalgie of het chronischevermoeidheidssyndroom wekken nogal eens gevoelens van frustratie op. Die frustratie is dikwijls van tweërlei aard. Enerzijds komen die mensen alsmaar terug met een variatie aan gelijkaardige klachten die we moeilijk kunnen duiden, laat staan objectiveren (*'het zit tussen de twee oren'*), en anderzijds moeten we toegeven dat we die mensen niet echt kunnen helpen. We hebben geen tools, geen handvatten om een genezingsproces te stimuleren.

Deze dubbele frustratie vindt zijn oorsprong in het feit dat we geen geschikt model, geen goede 'bril' hebben om naar dit soort klachten en ziektebeelden te kijken. Het biopsychosociale model wordt ons klassiek aangeleerd om complexe klachten te bevatten, maar nagenoeg het enige dat dit model

ons in de praktijk biedt voor de aanpak van dergelijke patiënten, is de raad om empathisch te luisteren.

Zoals het 'Transtheoretische model van verandering' voor de huisarts een handig kader kan zijn om met verslavingsproblematiek om te gaan ¹, zo willen wij een relatief nieuw model voorstellen dat perspectieven biedt om met chronisch complexe problemen om te gaan.

Dit model vindt zijn oorsprong in de complexiteitstheorie. De theorie is ontwikkeld in de wiskunde en cybernetica ², maar heeft ook oudere roots in de holistische en dialectische filosofische denkkaders ³. De theorie vindt sinds enkele jaren ook meer en meer zijn weg als denkkader rond ziekte en gezondheidszorg ⁴. De complexiteitstheorie beschouwt natuurwetenschappelijke fenomenen als een 'complex adaptief systeem' ⁵. Dit concept slaat op alle levende organismen en sociale systemen die hen verbinden. Dit theoretische model geeft huisartsen een nieuwe bril om fenomenen zoals ziekte en gezondheid van een mens in een maatschappij (anders) te analyseren en te interpreteren. Het model kan nuttig zijn in onze omgang met ziektebeelden waarop we met de klassieke modellen onze tanden stukbijten.

KLASSIEKE MODELLEN

Het Cartesiaanse model

Het klassieke Cartesiaanse model is vaak nog dominant aanwezig in het dagelijks denken en handelen van zowel patiënten als artsen. In dit model zijn reductionisme, determinisme en lineariteit de kernwoorden. Determinisme betekent dat de evolutie of verandering van elke gebeurtenis of toestand veroorzaakt wordt door externe oorzaken, door eerdere gebeurtenissen en dit volgens causale wetten. Die wetten grijpen dan lineair in, volgens een vaste wet van oorzaak en gevolg. Een kleine interventie leidt tot een kleine verandering of beweging, een intensere interventie leidt tot een grotere verandering. Dit model is vaak ook reductionistisch, dit wil zeggen dat het complexe ziektebeelden herleidt tot één of enkele 'oorzaken' en 'oplossingen', waarvan de laatste dan meestal medicamenteus zijn.