

Moeheid: een groeiend probleem voor patiënt en huisarts

Door J.M. Bensing en H. van Lindert

Moe. Het lijkt wel of iedereen moe is, tegenwoordig. Aan het begin van de 21ste eeuw lijkt moeheid – althans in epidemiologisch opzicht – volksvijand nummer één te zijn geworden. De vraag is gerechtvaardigd, of er ook werkelijk een toename is in het aantal moeheidklachten, of dat het gewoon modieuzer is geworden om over moeheid te klagen. Vijftien jaar geleden (1987/1988) is in een bevolkingsonderzoek dat deel uitmaakte van de eerste Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk aan 9379 mensen tussen de 15 en 64 jaar (4698 vrouwen en 4681 mannen) gevraagd of men de afgelopen twee weken last gehad had van moeheid, waarbij 'moeheid' onderdeel was van een lijst van 43 klachten. Gemiddeld rapporteerde indertijd 29 % van de ondervraagden dat men last had gehad van moeheid (24 % van de mannen en 38 % van de vrouwen). Ook mensen met een chronische aandoening rapporteerden opmerkelijk vaak moeheidklachten. In de Tweede Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk (2000/2002) is met dezelfde methodologie dezelfde vraag naar moeheid gesteld, hetgeen een goed uitgangspunt is voor een historische vergelijking. In dit artikel zal worden nagegaan of er inderdaad sprake is van een toename in het aantal moeheidklachten ten opzichte van de eerdere peiling, vijftien jaar geleden, alsmede welke kenmerken de mensen hebben die moeheidklachten rapporteren. Daarnaast zal worden ingegaan op de vraag wat op dit moment – gelet op de huidige stand van kennis – de beste handelwijze is voor huisartsen wanneer zij geconfronteerd worden met patiënten die met moeheidklachten op het spreekuur komen.

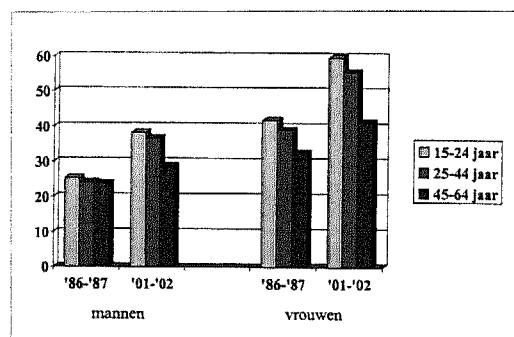
Methoden

De data zijn afkomstig uit een gezondheidsenquête op populatieniveau die in de periode 2000-2002 is afgenomen in het kader van de tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Voor dit artikel heeft een selectie plaatsgevonden van alle 15-64 jarigen; dit zijn 8124 respondenten (4416 vrouwen en 3708 mannen). Aan de respondenten is een lijst met acute klachten voorgelegd, waaronder moeheid. Gevraagd is of zij hier in de twee weken voorafgaand aan het interview last van hebben gehad. Aangezien in de gezondheidsenquête verschillende meetinstrumenten zijn opgeno-

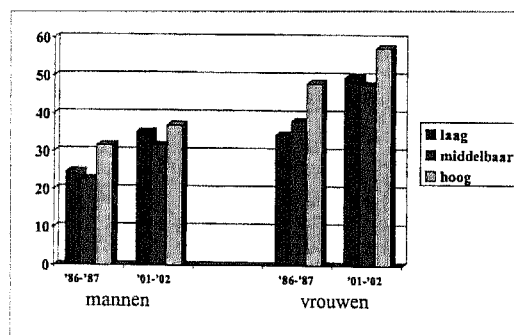
men kon moeheid gerelateerd worden aan diverse achtergrondkenmerken van de respondent (zie tabel 1). Alleen significante resultaten worden gepresenteerd.

Resultaten

De cijfers laten zien dat er in de afgelopen vijftien jaar een sterke toename heeft plaatsgevonden in moeheidklachten, zowel bij mannen (van 24 % naar 33 %) als bij vrouwen (van 38 % naar 50 %).



Grafiek 1



Grafiek 2

In grafiek 1 is te zien dat er vijftien jaar geleden geen leeftijdseffect te zien was bij mannen; bij de vrouwen bleek er toentertijd wel een dergelijk effect, in die zin dat jonge vrouwen indertijd meer moeheidklachten rapporteerden dan vrouwen tussen de 45 en 64 jaar. In de recente cijfers van 2000/2002 zien we bij zowel de mannen als bij de vrouwen ditzelfde leeftijdseffect. Anno 2002 zijn het vooral de vrouwen in de jongste leeftijdscategorie die last van moeheid hebben. Maar liefst 60 % van hen rapporteert dat zij in de twee weken voorafgaand aan het interview last van moeheid heeft gehad. Uit grafiek 2 blijkt dat in de afgelopen vijftien jaar mensen van alle opleidingsniveaus aanmerkelijk meer over moeheid zijn gaan klagen. Overigens zijn het - net als vijftien jaar geleden - vooral vrouwen met een HBO- of universitaire opleiding die last van moeheid hebben.

	Vrouw	Man
Totaal (referentiegegevens)	50,00%	33,40%
Samenstelling huishouden		
Eenpersoonshuishouden	55,6	40,6
Samenwonend; geen kinderen	44,9	28
Ouder van eenoudergezin	55,8	43,5
Ouder van tweoudergezin	49,4	33,2
Inwonende kinderen < 6 jaar	58,6	34,8
Werkstatus		
Betaald werk	49,3	31,8
School/opleiding	60,4	38,9
Pensioen	36,2	14,7
Werkloos	54,5	43,1
Arbeidsongeschikt	80,6	54,4
Huisvrouw/-man	43	33,3
Sociale steun		
Geen discrepanties in sociale steun	43,6	25,2
Veel discrepanties in sociale steun	60,4	44,7
Urbanisatiegraad		
Zeer sterk stedelijk	57,3	38,3
Sterk stedelijk	56,7	39
Matig stedelijk	47,5	32,2
Weinig stedelijk	49,9	31,4
Niet stedelijk	39,8	28,1
Gezondheid		
Chronische aandoening(en)	54	39,5
Slechte/matige ervaren gezondheid	72,9	60,3
GHQ-score >2	76,1	63,9
Medische consumptie		
Huisarts bezocht afgelopen 2 maanden	55,9	39,5
Specialist bezocht afgelopen 2 maanden	57,5	46,5
Alternatieve geneeswijzen afgelopen 12 maanden	62,9	55,8
Ziekenhuisopname afgelopen 12 maanden	67,4	43
Contact GGZ afgelopen 12 maanden	72,2	61
Voorgeschreven geneesmiddelen afgelopen 14 dagen	58,8	42,4
Gebruik voorgeschreven middelen afgelopen 14 dagen	56,5	38,5
Niet-voorgeschreven geneesmiddelen	56,7	42,9

Tabel 1 Percentage respondenten in de Tweede Nationale Studie (2000-2002) dat 14 dagen voorafgaand aan het interview moeheid rapporteert naar achtergrondkenmerken (in %)

In Tabel 1 is een aantal andere achtergrondkenmerken gepresenteerd van de respondenten die in de gezondheidsenquête hebben aangegeven in de twee weken voorafgaand aan de enquête last van moeheid te hebben gehad. We zien dat het leven in een éénpersoonshuishouden voor zowel mannen als vrouwen samen gaat met een verhoogd risico op moeheidklachten, terwijl mensen die samenleven met een partner, maar geen kinderen hebben juist minder moeheidklachten hebben. Veel moeheidklachten worden gerapporteerd door ouders van éénoudergezinnen (mannen en vrouwen), maar met name door vrouwen die de zorg hebben voor kinderen onder de zes jaar. Dit laatste speelt niet bij mannen in dezelfde leefsituatie. Het hebben van betaald werk heeft op zich geen relatie met moeheid; gepensioneerden hebben minder last van moeheid; arbeidsongeschikten en werklozen echter meer, met als absolute uitschieter het percentage arbeidsongeschikte vrouwen: 81 % van het rapporteert moeheidklachten. Echter ook de combinatie van betaald

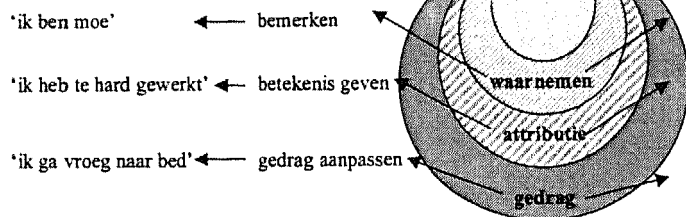
werk met de zorg voor kleine kinderen leidt bij veel vrouwen tot een verhoogde kans op moeheid (56 %); bij mannen is die relatie afwezig (34 %). Wel hebben 'huismannen' relatief vaak moeheidsklachten (39 %). Opvallend is ook de rol van sociale steun: mensen die veel discrepantie ervaren in sociale steun rapporteren veel vaker moeheidklachten dan mensen die van mening zijn dat het geven en ontvangen van sociale steun met elkaar in evenwicht zijn. Tenslotte blijkt ook het leven in een sterk stedelijke omgeving samen te hangen met een verhoogd risico op moeheidklachten.

Dat moeheid vaak samengaat met een algemeen slechtere gezondheid blijkt eveneens uit Tabel 1.: Moeheidklachten worden opvallend vaak gerapporteerd door zowel mannen als vrouwen met een matig of slechte ervaren gezondheidstoestand (60 % respectievelijk 73 %), een slechte psychische gezondheid (respectievelijk 64 % en 76 %), en mensen die lijden aan één of meer chronische aandoeningen (40 % en 54 % respectievelijk). In dat licht is het niet verwonderlijk dat het gebruik van medische voorzieningen, als huisarts, specialist, GGZ en alternatieve geneeswijzen in alle gevallen samengaat met veel moeheidklachten, met als opvallende uitschieter de GGZ. Maar ook huisartsen moeten bedacht zijn op moeheidklachten bij hun patiënten: bij alle vrouwen die de laatste twee maanden hun huisarts hebben bezocht geeft 56 % aan last te hebben van moeheid. Ook wanneer gecorrigeerd wordt voor een aantal achtergrondkenmerken rapporteren vrouwen twee keer zo vaak moeheid als mannen, hoger opgeleiden twee keer zo vaak als laagopgeleiden en 15-24 jarigen bijna drie keer zo vaak als 45-64 jarigen.

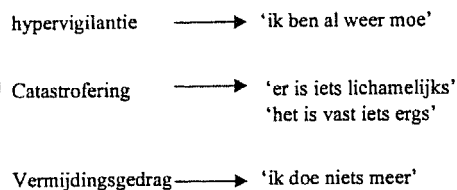
Discussie

Uit onze gegevens blijkt dat ten opzichte van vijftien jaar geleden een groter deel van de bevolking moeheidklachten rapporteert. Deze toename geldt voor mannen en vrouwen, voor jongeren en ouderen, en voor mensen van alle opleidingsniveaus. Het woord epidemie lijkt op zijn plaats. Overigens komen onze gegevens goed overeen met de cijfers over moeheidklachten die recent door het CBS zijn gepubliceerd. Ook het feit dat de methodologie van het onderzoek van vijftien jaar geleden exact dezelfde was als die van het huidige onderzoek geeft een robuust karakter aan de gepresenteerde cijfers. Een eerste conclusie mag dan ook zijn dat de Nederlandse bevolking zich op dit moment vermoeider voelt dan vijftien jaar geleden. In absolute termen spannen - net als vijftien jaar geleden - de jonge vrouwen daarbij de kroon. Een interessante bevinding is dat mannen op dit moment hetzelfde profiel vertonen als vrouwen vijftien jaar geleden. Dit stemt tot nadenken. Het is duidelijk dat onze westerse samenleving al enige decennia lang in een steeds hogere versnelling is geraakt. Alles moet voortdurend harder, sneller, beter. Zou het zo kunnen zijn dat vrouwen - door hun sterkere gerichtheid op lichamelijke prikkels - sensitiever zijn voor vermoeidheidsprikkels dan mannen, en hebben mannen, of de mannelijke cultuur, meer moeite, en dus ook meer tijd nodig om moeheid (toch een vorm van falen) hardop te erkennen? Het is onmogelijk om op basis van deze cijfers dergelijke vergaande conclusies te trekken, maar de sterke toename van vermoeidheid, en de opmerkelijke inhaalslag bij mannen

Normale moeheid:



Pathologische moeheid:



Schema 1: psychologische processen bij normale en pathologische moeheid

dwingen tot enige reflectie op de signaalwaarde van deze moeheidsklachten.

Werk op zich lijkt geen verband te hebben met moeheidsklachten, maar de consistente relatie met moeilijke externe omstandigheden als verantwoordelijkheid voor een éénundergezin, de zorg voor kleine kinderen in combinatie met betaald werk (alleen voor vrouwen), het wonen in een grote stad, en het ontbreken van sociale steun, zowel objectief (eenpersoonshuishoudens) als subjectief (ervaren discrepanties in sociale steun) suggereren dat moeheid wel degelijk een symptoom is van 'een zwaar leven' en niet alleen kan worden toegeschreven aan interpersoonlijke, 'psychische' problematiek. De samenleving stelt steeds hogere eisen, en wellicht stellen mensen zelf ook steeds hogere eisen aan zichzelf om te voldoen aan het ideaalbeeld dat de samenleving heeft gecreëerd van een goed en productief leven. De bevinding dat vrouwen die een baan combineren met de zorg voor kleine kinderen zo veel vaker vermoeid zijn dan mannen in dezelfde leefsituatie blijft wat dat betreft tot nadenken stemmen.

Een andere verklaring voor het feit dat er niet alleen door vrouwen, maar ook door mannen nu veel meer moeheidsklachten worden gerapporteerd dan vijftien jaar geleden zou te maken kunnen hebben met het beeld dat momenteel 'moe zijn mag', in sommige kringen zelfs tot een statussymbool geworden is. Het 'druk, druk, druk' van enkele jaren geleden heeft als vanzelfsprekend spiegelbeeld het 'moe, moe, moe' van tegenwoordig. Overigens zijn beide hierboven geopperde verklaringen niet tegenstrijdig aan elkaar; ze zouden zelfs complementair kunnen zijn, en elkaar kunnen versterken. In dat licht verdient de recente stijging in moeheidsklachten zeker onze aandacht. Zo is met name de jonge leeftijd waarop moeheidsklachten zich presenteren een punt van zorg. Bepaald verontrustend is de bevinding dat het vooral jonge meiden zijn die over moeheid klagen. Dat hier een relatie ligt met arbeidsverzuim en arbeidsongeschiktheid ligt voor de hand en wordt verder bevestigd door het extreem hoge percentage moeheidsklachten (81 %) bij vrouwen die een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen. Deze bevinding geeft een zekere urgentie aan het probleem van moeheid, en zou dit in het centrum van de aandacht moeten plaatsen van met name huisartsen en verzekeringsartsen. Dat lijkt met name van belang omdat de gegevens over de medische consumptie die in Tabel 1 zijn gepresenteerd suggereren dat moeheid geen geïsoleerd probleem is. Vermoeide mensen blijken veel gebruik van de gezondheidszorg te maken, zowel van de diensten

van allerlei categorieën hulpverleners als van medicatie op recept en vrij verkrijgbare medicijnen. Dat betekent dat moeheid is ingebed in veel bredere gezondheidsproblemen, lichamelijk zowel als geestelijke. Met andere woorden: moeheid is onderdeel van een veel breder lijden, waarin overigens de moeheidsklachten als zodanig – net als pijnklachten – door de patiënten zelf vaak als het meest hinderlijk worden ervaren. Nog steeds kunnen patiënten die in de gezondheidszorg moeheidsklachten presenteren daar vaak niet op veel begrip rekenen. In een vorige publicatie hebben wij reeds opgemerkt hoe ironisch het is dat juist die klachten waar mensen het meeste last van hebben zo weinig aandacht in de patiëntenzorg krijgen. Dat geldt zeker ook voor moeheid. Voor een deel komt dat doordat artsen patiënten met moeheid maar weinig te bieden hebben. Diagnostisch onderzoek loop vaak op een teleurstelling uit, en therapeutisch is er – althans binnen het biomedisch model – weinig uit te richten. Overigens geven enkele recente publicaties huisartsen wel goede handreikingen voor de diagnostiek en behandeling van moeheid. Wat betreft de psychologische behandelmogelijkheden schieten deze publicaties echter tekort; recente studies laten zien dat veel, maar niet alle patiënten die lijden aan langdurige vermoeidheidsproblemen baat hebben bij cognitieve gedrags therapie (CGT). Voor artsen die graag meer willen weten over CGT bij chronisch vermoeide patiënten is recent een interessant themanummer verschenen van het tijdschrift Gedragstherapie.

Een complicatie is echter dat veel patiënten die met ernstige moeheid kampen geen psychologische verklaring voor hun klachten dulden, en daardoor moeilijk zijn door te verwijzen naar een psycholoog. Een ander manco is dat de literatuur over moeheid voornamelijk gericht is op het chronisch vermoeidheidsyndroom, en er maar weinig aandacht is voor alledaagse vermoeidheidsklachten, waar artsen toch vooral mee te maken hebben. Dit klemt temeer, daar adviezen die bij normale moeheid heel adequaat zijn bij langdurige moeheid juist een averechts effect kunnen hebben. Bij kortdurende moeheid is het belangrijk dat mensen dat op tijd signaleren en zich zelf in acht nemen door meer rust te nemen. Wanneer mensen deze vroege moeheidssignalen veronachtzamen dreigt het gevaar van overspanning of burnout. Echter: wanneer mensen eenmaal een bepaalde grens zijn gepasseerd, werkt het advies van 'rustig aan' juist averechts, en kan dat mensen gemakkelijk in een negatieve spiraal brengen. Bij chronisch vermoeide mensen – zoals we dat in de literatuur ook zien bij mensen die lijden aan chroni-

sche pijn - is het juist van belang dat mensen zich niet te zeer op hun vermoeidheid fixeren, maar in plaats daarvan proberen opnieuw een ritme van inspanning en ontspanning op te bouwen, bijvoorbeeld via 'graded activity' (zie ook schema 1). Dat brengt artsen in een lastig dilemma: adviezen die in de ene fase adequaat zijn, zijn inadequaet in een latere fase en vice versa. Dat betekent dat artsen bij geïmplementeerde moeheidklachten eerst en vooral een inschatting moeten maken in welke fase de patiënt verkeert. In huisartskringen wordt dat wel de 'pluis-niet pluis' afweging genoemd. Hoewel er nog geen harde empirische evidentie voorhanden is die de huisarts hier bij kan leiden, lijken twee sleutelvragen van belang voor de juiste inschatting: (1) ontstaat de moeheid na voorafgaande lichamelijke of geestelijke inspanning of ontwikkelen de moeheidklachten zich onafhankelijk van het activiteitenpatroon? (2) heeft de patiënt wel of niet baat bij rust? Zolang de ervaren moeheid nog een directe relatie heeft met geleverde inspanning lijkt het advies van rust geëigend; wanneer die verbinding verbroken is, lijkt het verstandig de patiënt te adviseren om in een aantal stappen het activiteitsniveau weer geleidelijk op te

voeren. Verder onderzoek hiernaar is echter noodzakelijk.

Conclusie

Moeheid is een omvangrijk en groeiend probleem, vooral bij jonge vrouwen. Echter mannen lijken op dit moment een inhaalslag door te maken. Hoewel moeheid per definitie een subjectief karakter heeft, omdat het alleen via zelfrapportage te meten is, maakt het dat niet minder waar of zwaar. Daarbij geldt het oude adagium: 'name it and you have it'. Wanneer iemand zich moe voelt, en dat ook als zodanig benoemt, heeft dat feit op zich consequenties voor het verder handelen, met dienovereenkomstige consequenties voor de individuele kwaliteit van leven en de maatschappelijke kosten die gepaard gaan met verhoogd ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Dat maakt het belangrijk om moeheid te onderkennen als een probleem dat prioriteit verdient: in de zorgverlening, in het wetenschappelijk onderzoek, en wellicht ook in het maatschappelijk debat over de kwaliteit van onze samenleving.

Met toestemming overgenomen uit Medisch Contact

Referenties

- ¹ Bensing, JM, Foets, M, Velden, J, van der Zee, J. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: achtergronden en methoden. Huisarts en Wetenschap; 34, 1991, no. 2, p. 51-61.
- ² Bensing, JM, Schreurs, K. Sexverschillen bij moeheid. Huisarts en Wetenschap, 1995, 38 (9), 412-421.
- ³ Bensing, JM, Hulsman, R, Schreurs, K. Vermoeidheid: een chronisch probleem. Medisch Contact, 1996, 51(4), 123-124.
- ⁴ Schellevis FG, Wester GP, de Bakker DH, Groenewegen PP, van der Zee J, Bensing JM. "De tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk: aanleiding en methoden". Huisarts & Wetenschap 46(01) januari 2003 p. 7-12.
- ⁵ Rozendaal L, Otten F. CBS, webmagazine, 2001.
- ⁶ Houtman ILD, Taris TW, Schaufeli WB. Risicogroepen en risicofactoren bij vermoeidheid onder werkenden. Tijdschrift voor Bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde, 2001, 9, 6, 163-170.
- ⁷ Akerstedt T, Fredlund P, Gillberg M, Jansson B. Work load and work hours in relation to disturbed sleep and fatigue in a large representative sample. J Psychosom Res 2002 Jul;53(1):585-8
- ⁸ Van Houdenhove B, Neerinx E. Does high 'action-proneness' make people more vulnerable to chronic fatigue syndrome? A controlled psychometric study
- ⁹ Meer, JWM van der, Rijken, PM, Bleijenberg, G, Thomas, S, Bensing JM. Aanwijzingen voor het beleid bij langdurige, lichamelijk onverklaarde moeheidklachten. Ned. Tijdschr. Geneeskd, 1997, 141(31) 1516-1519.
- ¹⁰ Zaat JOM, de Haan M, Claessen FAP. Huisarts en moeheid. Practicum Huisartsgeneeskunde; een serie voor opleiding en nascholing. Elsevier / Bunge, Maarssen, 1998
- ¹¹ Bleijenberg G, Verkoulen JHMM, Bazelmans E, Prins J. Chronisch vermoeidheidssyndroom. In: Psychologie en Geneeskunde (Kaptein AA e.a. eds.). Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2000.
- ¹² Bleijenberg G. De ene vermoeidheid is de andere niet. Oratie. Nijmegen, KUN, 2002.
- ¹³ Bleijenberg G (ed.). Themanummer Chronische Vermoeidheid. Gedragstherapie, 2002, 35, 2, 141-244.
- ¹⁴ Loeser JD. What is chronic pain? Theor Med 1991 Sep;12(3):213-25
- ¹⁵ White K. The Task of Medicine. The Kaiser Foundation, Menlo Park, 1988