



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2005. De gegevens mogen met bronvermelding (Mieke Cardol, Jozien Bensing, Peter Verhaak, Dinny de Bakker *Moeheid: determinanten, beloop en zorg*, NIVEL 2005) worden gebruikt. Gezien het openbare karakter van NIVEL publicaties kunt u altijd naar deze pdf doorlinken. Het rapport is te bestellen via receptie@nivel.nl.

Ga (terug) naar de website: <http://www.nivel.nl/>

Moeheid: determinanten, beloop en zorg

Mieke Cardol
Jozien Bensing
Peter Verhaak
Dinny de Bakker



ISBN 90-6905-000-5

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2005 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Algemene samenvatting en discussie	5
1 Inleiding	9
1.1 Achtergrond van het rapport	9
1.2 Vraagstellingen	10
2 Opzet en methode	11
2.1 Onderzoekspopulatie en meetinstrumenten	11
2.2 Analyse	15
3 Zelfgerapporteerde vermoeidheid	17
3.1 Vrouwen, hoger opgeleiden en werkenden zeggen vaker dat zij moe zijn	17
3.2 Moeheid komt niet alleen	19
3.3 Moeheid en slecht slapen, alcohol en snacks	22
3.4 Met jonge kinderen meer kans	23
3.5 Kans op moeheid = combinatie van factoren	24
3.6 Vergelijking in de tijd, discussie en conclusie	25
4 Moeheid in de huisartsenpraktijk	27
4.1 Moe bij de huisarts: jong en oud, en vaker vrouw	27
4.2 Zieken, lager opgeleiden en niet-werkenden vaker bij de huisarts vanwege moeheid	30
4.3 Ook bij de huisarts komt moeheid niet alleen	32
4.4 Vermoeiden consulteren vaak de huisarts	36
4.5 Vergelijking in de tijd, discussie en conclusie	43
Literatuur	45
Bijlage 1	47
Bijlage 2	50

Algemene samenvatting en discussie

Moeheid is een belangrijk gezondheidsprobleem; voor patiënten, voor artsen en voor de gezondheidszorg. Het aantal Nederlanders dat zich naar eigen zeggen vermoeid voelt is sinds 1987 toegenomen, en het aantal personen dat de huisarts consulteert in verband met moeheid is bijna verdubbeld sinds 1987. Hierbij is het van belang om een onderscheid te maken tussen acute moeheid en langdurige vermoeidheid.

Ruim een derde van de bevolking (36%) zegt de laatste twee weken last te hebben gehad van vermoeidheid. Slechts zes procent van degenen die last hebben van vermoeidheid bespreekt de moeheidsproblemen met de huisarts. Voor een standaard huisartsenpraktijk (2350 ingeschreven patiënten) betekent dit dat in een jaar ongeveer 66 patiënten de huisarts consulteren in verband met vermoeidheid, bij 4 à 5 van hen duurt de vermoeidheid 3 maanden of langer en bij 2 à 3 patiënten duurt de vermoeidheid 6 maanden of langer. Vergeleken met het totaal aantal ingeschrevenen per praktijk lijkt dit misschien weinig, maar mensen die in verband met moeheid de huisarts consulteren komen twee keer zo vaak bij de huisarts als degenen die niet moe zijn. Wanneer de moeheid langer duurt dan 2 maanden kan het aantal contacten oplopen tot meer dan drie keer vaker dan gemiddeld. De contactfrequentie van degenen die 6 maanden of langer moe zijn is het hoogst (gemiddeld 13 contacten per jaar met een maximum van 53 contacten in een jaar). Ook al hebben huisartsen dus slechts enkele patiënten met langdurige moeheidsklachten in hun praktijk, dan toch zullen zij elke week patiënten met moeheidsklachten op hun spreekuur zien.

Moeheid is geen geïsoleerd gezondheidsprobleem. Personen die naar eigen zeggen moe zijn rapporteren meer gezondheidsklachten dan gemiddeld in de bevolking en hebben vaker een slechtere lichamelijke en geestelijke gezondheid. Mensen die met moeheid de huisarts consulteren komen vaker bij de huisarts in verband met onverklaarde gezondheidsklachten zoals hoofdpijn, concentratieproblemen of verlies van eetlust. Moeheid komt vaker voor in combinatie met een chronische ziekte.

Wie zijn er moe en wie consulteren een huisarts in verband met moeheid? Vrouwen zijn vaker moe dan mannen en gaan hier ook vaker mee naar de huisarts; naarmate de vermoeidheid langer aanhoudt is het percentage vrouwen en ouderen onder de vermoeiden hoger. De context waarin patiënten verkeren is van belang: mensen met kinderen onder de zes jaar bijvoorbeeld, zeggen vaker dat zij vermoeid zijn dan mensen die niet de zorg voor jonge kinderen hebben. Deze bevinding geldt met name voor vrouwen. Ook voedingsgewoonten hangen samen met zelfrapportage van vermoeidheid: alcoholgebruik of het dagelijks eten van snacks komen vaker voor in samenhang met rapportage van vermoeidheid. We vonden geen relatie tussen roken en zelfgerapporteerde vermoeidheid. Wel bleek dat mensen die bewust met hun voeding bezig zijn en bijvoorbeeld voedingssupplementen gebruiken, vaker zeggen dat zij vermoeid zijn. Waarschijnlijk heeft dit te maken met het hebben van meer aandacht voor gezondheid in het algemeen en de eigen gezondheid in het bijzonder.

Niet iedereen die in een enquête een gezondheidsklacht rapporteert vindt deze klacht voldoende ernstig om mee naar de huisarts te gaan. Het zijn met name hoger opgeleiden

en personen met betaald werk die in enquêteonderzoek vaker vermoeidheid rapporteren maar hier niet mee naar de huisarts gaan. Hier moet rekening mee worden gehouden indien men resultaten uit enquête onderzoek interpreteert. Enquêtevragen gericht op de hinder die men van vermoeidheid ondervindt in het dagelijks leven zouden deze discrepantie kunnen verminderen.

Moeheid wordt door patiënten meestal benoemd als een lichamelijk probleem, terwijl de achtergrond van de klacht van psychische of sociale aard kan zijn. Huisartsen schatten de achtergrond van de klacht moeheid bij patiënten van 55 jaar en ouder meer dan de helft van de keren in als zijnde vooral somatisch, de achtergrond van moeheid bij patiënten jonger dan 55 jaar wordt vaker als voornamelijk psychosociaal ingeschat.

In het diagnostisch en therapeutisch proces bij patiënten met moeheidsklachten kunnen drie fasen worden onderscheiden ^{1;2} :

- een acute fase: de periode vanaf het eerste consult waarin de patiënt de moeheidsklachten met de huisarts bespreekt tot ongeveer een maand erna;
- een subacute fase: de periode vanaf de tweede maand na het eerste consult tot zes maanden na het begin van de klachten en de daarmee gepaard gaande beperkingen;
- een chronische fase: de periode vanaf de zevende maand na het begin van de klachten en de daarmee gepaard gaande beperkingen.

Adviezen die in de ene fase adequaat zijn, zoals rust houden, kunnen in een andere fase juist contraproductief werken.³ Voor huisartsen is het dus van belang om zo snel mogelijk in te schatten in welke fase een patiënt verkeert.

Het belangrijkste doel in de acute fase is het uitsluiten van specifieke oorzaken van de moeheidsklachten en nagaan of de patiënt baat heeft bij rust. Meestal verdwijnt de moeheid na rusten. Driekwart van de patiënten die met moeheid de huisarts consulteert bezoekt hiervoor slechts één keer de huisarts, meestal duurt een ziekteperiode moeheid met huisartsenbezoek niet langer dan twee weken.

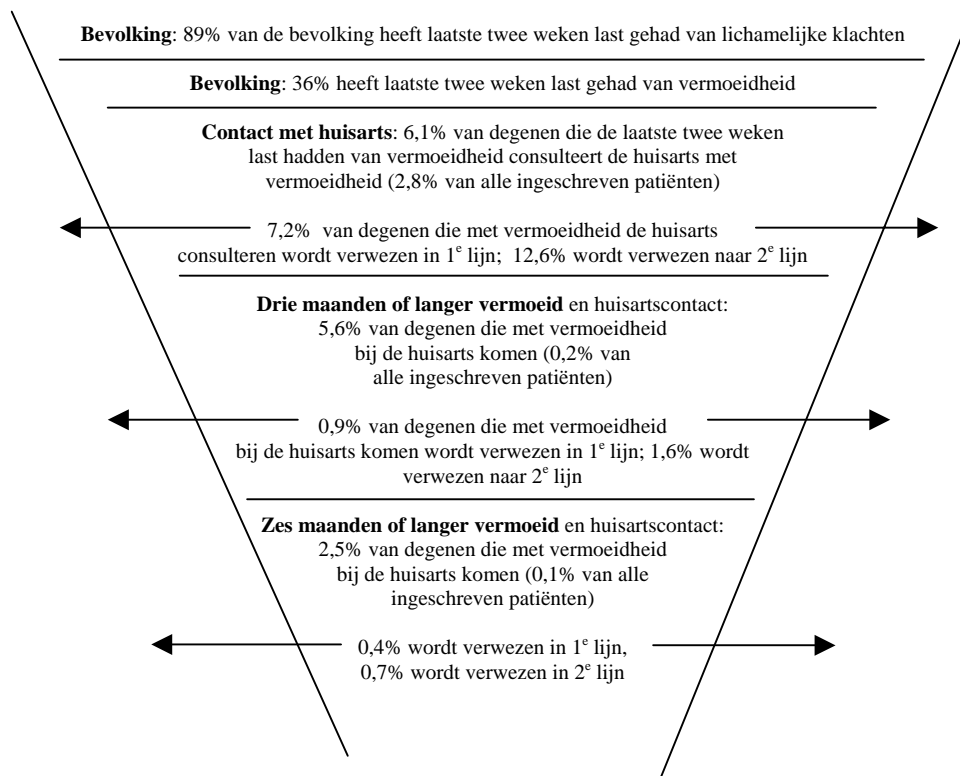
Soms kan diagnostisch onderzoek in de acute fase noodzakelijk zijn, met name bij ouderen omdat hun a-priori kans op ziekten groter is.¹ Bloedonderzoek is het meest voorkomende diagnostische onderzoek in geval van moeheid: bij 34% van de patiënten met moeheid wordt bloedonderzoek gedaan. Bloedonderzoek gebeurt vaak in de acute fase. Ook de meeste verwijzingen naar fysiotherapeut of specialist (internist) vinden plaats in de acute fase van moeheidsklachten. In het totaal wordt 9% van degenen die de huisarts consulteren met moeheid verwezen binnen de eerste lijn en 15% wordt verwezen naar de tweede lijn.

De subacute fase dient nog steeds om specifieke oorzaken van moeheidsklachten uit te sluiten, maar ook om chroniciteit trachten te voorkomen. Bij mensen met langer durende moeheid is het van belang om een nieuw ritme van inspanning en ontspanning op te bouwen, bijvoorbeeld via het geleidelijk opvoeren van het activiteiten niveau.³ Hiervoor zou verwijzing naar een fysiotherapeut of ergotherapeut zinvol kunnen zijn. Dit onderzoek wijst echter uit dat in de subacute fase er nauwelijks nog verwezen wordt door huisartsen.

Lichaamsbeweging hangt samen met minder zelfgerapporteerde moeheid. Personen die meer dagen per week tenminste een half uur bezig zijn met fietsen, klussen, tuinieren, sporten of andere inspannende activiteiten zijn minder vaak moe dan zij die minder vaak inspannend bezig zijn.

In een chronische fase is het bevorderen van kwaliteit van leven van belang en het zoveel mogelijk beperken van de gevolgen van de vermoeidheid voor het dagelijks leven van de patiënt.

Samenvattend kan het beloop van de klacht moeheid als volgt worden weergegeven:



1 Inleiding

1.1 Achtergrond van het rapport

Het aantal personen dat zich moe voelt lijkt toe te nemen.³ Daarmee is vermoeidheid niet alleen een groeiend individueel gezondheidsprobleem, maar ook een maatschappelijk probleem met mogelijk aanzienlijke consequenties voor kosten van de gezondheidszorg en een verminderde arbeidsproductiviteit.

De vraag is of er sprake is van een stijging van vermoeidheid in de bevolking of dat het meer gewoon is, of modieus, om over moeheid te klagen. Omdat onderzoek naar vermoeidheid meestal zelfrapportage van betrokkenen betreft, kan het zijn dat het niet alleen gaat om een ‘werkelijke’ toename van vermoeidheid, maar ook om een ruimer gebruik van de term, om vormen van onbehagen mee te duiden die voorheen wellicht in andere termen werden benoemd.⁴ Bijna iedereen voelt zich wel eens moe, maar meestal gaan alledaagse klachten als vermoeidheid vanzelf weer over en zonder dat hiervoor een bezoek aan de huisarts plaatsvindt. In dit rapport worden zelfrapportage van vermoeidheid en contact met de huisarts vanwege moeheid met elkaar in verband gebracht.

Vermoeidheid als gezondheidsklacht is niet zo eenduidig als het lijkt. Vermoeidheid kent verschillende gedaanten: in de vorm van een alledaagse klacht waar een ieder wel eens last van heeft, als begeleidend verschijnsel bij een andere ziekte, en als aandoening op zichzelf.⁴ Het kenmerk van vermoeidheid als alledaagse klacht is dat men er zonder problemen weer van herstelt. Vermoeidheid als begeleidend verschijnsel van ziekte kan voorkomen na een operatie, bij psychiatrische ziekten zoals depressie, bij tal van chronische lichamelijke aandoeningen zoals kanker, reuma of hartaandoeningen⁵, en bij aandoeningen waarvan het voornaamste symptoom vermoeidheid is, zoals de ziekte van Pfeiffer en bloedarmoede.

Klachten waarvoor geen lichamelijke oorzaak kan worden gevonden worden ook wel onverklaarde klachten genoemd. Wanneer de klachten langer aanhouden dan 6 maanden spreekt men van onverklaarde chronische klachten. In geval van vermoeidheid kan bij een duur van 6 maanden of langer sprake zijn van een aandoening op zichzelf: het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS).⁶ Een syndroom duidt op een combinatie of aaneenschakeling van samenhangende klachten en symptomen. Dit bemoeilijkt het eenduidig stellen van de diagnose CVS en het inschatten van de mate waarin CVS voorkomt in de bevolking.

Over de etiologie van vermoeidheid komt uit de literatuur geen eenduidig beeld naar voren. Het is bijvoorbeeld niet duidelijk of het bij de verschillende soorten vermoeidheid om verschillende achterliggende mechanismen gaat. Factoren die worden genoemd als mogelijke oorzaken voor vermoeidheid zijn: infecties, stress, verkeerde voeding, bijwerking van geneesmiddelen, gewichtsverlies, slaapstoornissen, gebrek aan beweging, depressiviteit of pijn. Momenteel bestaat er een breed draagvlak voor de opvatting dat

moeheid begrepen moet worden in de context waarin de patiënt verkeert: biomedische aspecten (bijvoorbeeld de aanwezigheid van een chronische ziekte), psychologische aspecten (bijvoorbeeld stress) en sociale aspecten beïnvloeden elkaar beurtelings.^{5,7-9}

Tussen personen met vermoeidheid als alledaagse klacht en personen met CVS bevindt zich een grote groep mensen voor wie vermoeidheid een gezondheidsprobleem is dat voldoende ernstig is voor het gebruik van medische voorzieningen of ziekteverzuim. Er is weinig bekend over in hoeverre zelfrapportage van moeheid zich vertaalt in huisartsenbezoek vanwege moeheid. In het kader van de voorbereiding van een advies over het chronisch vermoeidheidssyndroom heeft de Gezondheidsraad behoefte aan epidemiologische gegevens, onder andere over rapportage van vermoeidheidsklachten en in hoeverre dit leidt tot zorggebruik in de huisartsenpraktijk.

1.2 Vraagstellingen

Dit rapport gaat over de gezondheidsklacht 'moeheid'. Met behulp van de gegevens die in het kader van de tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (NS2) bijeen zijn gebracht kan vermoeidheid op basis van zelfrapportage in verband worden gebracht met moeheid in de huisartsenpraktijk. Dit is uniek; eerder onderzoek naar vermoeidheid was gebaseerd op óf zelfrapportage óf (maar in mindere mate) vermoeidheid als gezondheidsklacht in de huisartsenpraktijk.¹⁰

In dit rapport staan de volgende vraagstellingen centraal:

- 1) Hoeveel Nederlanders voelen zich naar eigen zeggen vermoeid?
 - a) In hoeverre is er verschil in rapportage van vermoeidheid naar gezondheidskenmerken, sociaaldemografische kenmerken, leefgewoonten en leefsituatiekenmerken?
- 2) In hoeverre consulteren personen die vermoeidheid rapporteren de huisarts in verband met moeheid?
 - a) Hoeveel van de patiënten die naar eigen zeggen vermoeid zijn consulteren de huisarts in verband met moeheid en hoeveel patiënten consulteren over een langere periode (3 maanden resp. 6 maanden of langer) meerdere malen de huisarts in verband met moeheid?
 - b) Verschillen patiënten die de huisarts consulteren met moeheid van personen die op basis van zelfrapportage vermoeidheid aangeven?
- 3) Hoe vaak en bij wie wordt de diagnose moeheid gesteld in de huisartsenpraktijk?
 - a) Is er verschil in aantal contacten in verband met moeheid naar gezondheidskenmerken, sociaaldemografische kenmerken en het hebben van dagbesteding buitenshuis?
 - b) Wat is het beloop van moeheid in de huisartsenpraktijk, hoe vaak en met welke klachten consulteren patiënten die in verband met moeheid komen de huisarts nog meer, en wat is het zorggebruik van patiënten met moeheid?

2 Opzet en methode

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden werd gebruik gemaakt van gegevens uit de tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (NS2; 2001). Een uitgebreide beschrijving van opzet en gegevensverzameling van deze studie is te vinden in Schellevis et al¹¹. In dit hoofdstuk wordt kort ingegaan op aspecten die van belang zijn bij het lezen van dit rapport.

2.1 Onderzoekspopulatie en meetinstrumenten

Patiëntenquête

Ongeveer 5% van de bij de deelnemende huisartsen ingeschreven Nederlandstalige populatie werd mondeling geïnterviewd. In deze enquête kwam een groot aantal onderwerpen aan bod zoals gebruik van zorg, meningen en opvattingen over zorg, leefstijl en sociale steun. De totale respons bedroeg 12.699 interviews, oftewel 64,5%. Bij respondenten jonger dan 12 jaar is de enquête afgenomen bij de volwassen ouder of verzorger. De geestelijke gezondheid werd gemeten met de General Health Questionnaire (GHQ). De GHQ-vragenlijst geeft de kans op psychische problemen weer.¹² In de patiëntenquête van de Nationale Studie werd de 12-item versie gebruikt. De GHQ-score loopt van nul tot 12, een hogere GHQ-score betekent een grotere kans op psychische problematiek. Voor het meten van de acute klachten is in de enquête gebruik gemaakt van de lijst 'veelvoorkomende aandoeningen' van het CBS. Deze lijst bestaat uit 36 klachten, waarvan de respondenten per klacht aangeven of ze er de afgelopen 14 dagen last van hebben gehad. De aanwezigheid van chronische aandoeningen is in de enquête gemeten met behulp van de lijst 'chronische ziekten' van het CBS. Deze lijst bestaat uit 19 chronische aandoeningen. In de enquête zijn ook een aantal vragen gesteld over leefstijl. In verband met de lengte van de enquête werden een aantal vragen, waaronder de vragen over leefstijl, aan een aselechte helft van de geënquêteerden gesteld. De in dit rapport gebruikte indicatoren voor leefstijl zijn rookgedrag, alcoholconsumptie, voedingspatroon en lichaamsbeweging.

In Tabel 2.1 worden operationalisatie en/of meetinstrumenten van alle in dit rapport gebruikte onderdelen uit de enquête weergegeven. De gegevens uit de enquête worden gebruikt in hoofdstuk 3.

Tabel 2.1 Operationalisatie van variabelen uit de enquête (n=12.699)

Uitkomst variabelen	Instrument/operationalisatie	Antwoord categorieën in dit rapport
Psychische gezondheid	General Health Questionnaire (GHQ)	Somscore: 0-12
Acute gezondheidsklachten	Lijst 'veelvoorkomende aandoeningen'(CBS)	36 klachten; meerdere antwoorden mogelijk
Chronische aandoeningen	Lijst 'Chronische ziekten'(CBS)	19 aandoeningen; meerdere antwoorden mogelijk
Roken	Rookt u wel eens?	ja/nee
Alcoholgebruik	Op basis van gebruik van alcohol (ja/nee), het aantal dagen van de week waarop men drinkt en het gemiddeld aantal glazen werd een alcoholscore berekend	0-4
Alcohol in weekend	Gemiddeld aantal glazen	Continue
Alcohol door de week	Gemiddeld aantal glazen	Continue
Warme maaltijd	Eet u dagelijks een warme maaltijd?	Ja/nee
Bewust gebruik voeding	Houdt u rekening met uw gezondheid, bijvoorbeeld door het bewust gebruiken van bepaalde (extra) voedingsmiddelen, vitaminepreparaten en dergelijke, of juist door bepaalde voedingsmiddelen uit uw voeding weg te laten?	4 antwoordcategorieën gedichotomiseerd tot wel/niet.
Ontbijt	Hoeveel dagen per week ontbijt u 's morgens?	0-7
Snacks	Hoe vaak eet u tussen de maaltijden door zaken als snacks, candy bars, gebak, koekjes, chips, nootjes?	3 antwoordcategorieën gedichotomiseerd tot 'dagelijks' en 'af en toe'
Uren slaap	Hoeveel uren slaapt u meestal per etmaal?	Continue
Kwaliteit slaap	Kunt u aangeven hoe goed of hoe slecht u meestal slaapt?	5 antwoordcategorieën gedichotomiseerd tot goed/redelijk en slecht
Lichaamsbeweging	Op gemiddeld hoeveel dagen per week bent u, alles bij elkaar opgeteld, tenminste een half uur bezig met fietsen, klussen, tuinieren, sporten en/of andere inspannende activiteiten?	0-7

Gegevens in de huisartsenpraktijk

Alle contacten van patiënten met de huisartsenpraktijk werden gedurende een jaar vastgelegd in het elektronisch medisch dossier van de deelnemende huisartsen. Contact in dit onderzoek betreft *face-to-face* contact tussen huisartsen/assistenten en patiënten. De gegevensverzameling vond plaats tussen 2000 en 2002, het grootste deel van de gegevens (ruim 87%) heeft betrekking op het kalenderjaar 2001. De kleinste eenheid van registratie is het deelcontact. Indien meerdere gezondheidsproblemen tijdens een zelfde contact door een patiënt aan de orde werden gebracht werden meerdere ICPC-codes (diagnoses) geregistreerd, aangeduid met de term 'deelcontact'. De diagnose kan een wel omschreven ziekte zijn (bijvoorbeeld: diabetes mellitus, hypertensie), maar kan ook een 'symptoomdiagnose' zijn (hoesten, hoofdpijn, moeheid) indien de huisarts van mening is dat deze omschrijving het beste zijn/haar oordeel weergeeft en een meer specifieke omschrijving niet mogelijk is. Vanuit huisartsgeneeskundig oogpunt is het vanzelfsprekend dat een

aanzienlijk deel van de gezondheidsproblemen het diagnostisch niveau van een klacht of symptoom niet zal overstijgen.

De registratie van klachten en aandoeningen is episode-georiënteerd, waarbij een episode wordt gedefinieerd als een periode van ziek-zijn van een patiënt vanaf het moment van presentatie van een gezondheidsklacht bij de huisarts tot het laatste contact met de huisarts in verband met deze ziekte/klacht. Diagnosen van (deel)contacten die een zelfde ziekte-episode betreffen zijn bij elkaar gevoegd tot ziekte-episoden met één diagnose (bijvoorbeeld deelcontacten vanwege hoesten en hoofdpijn die passen binnen een ziekte-episode met de diagnose griep).

Wanneer een contact met de huisarts de symptoomdiagnose ‘moeheid/zwakte’ heeft (A04), benoemen we dit als consulteren van de huisarts in verband met moeheid. De oorspronkelijke reden waarmee de patiënt naar de huisarts kwam is niet bekend. De huisarts heeft de klacht(en) geïnterpreteerd en gecodeerd als moeheid.

Gedurende 6 weken per praktijk werd aan de huisartsen gevraagd om op een vijfpuntschaal over elk deelcontact in te vullen in hoeverre zij de achtergrond van de aan hen gepresenteerde klacht inschatten als somatisch of psychosociaal. Ten behoeve van de analyse werd de vijfpuntschaal gereduceerd tot een driepuntschaal, waarbij resp. de eerste en de laatste twee antwoordopties werden samengevoegd.

Huisartsen en assistenten verrichten tal van diagnostische en therapeutische handelingen. Op een standaardlijst werd gedurende 6 weken in 78 praktijken tevens vastgelegd welke verrichtingen werden gedaan. De standaardlijst bevat diagnostische verrichtingen in en buiten de praktijk, behandelingen en het geven van advies. In dit rapport werd alleen de informatie over diagnostiek en advies gebruikt, omdat de aard van de behandelingen uit de lijst niet gerelateerd zijn aan moeheid. Voorbeelden van behandelingen uit de lijst zijn ‘oor uitspuiten’ en ‘wondverzorging’.

Verwijzingen werden gedurende een jaar geregistreerd. In dit rapport zijn alle verwijzingen binnen de 1^e lijn geanalyseerd en alleen de *nieuwe* verwijzingen naar de 2^e lijn. Alle gegevens uit de NS2 werden gecontroleerd op volledigheid en interne consistentie. Op basis van deze kwaliteitscontrole betekende dit voor de verwijzingen naar de 1^e lijn dat 29 praktijken moesten worden geëxcludeerd, voor het berekenen van het aantal verwijzingen naar de 2^e lijn werden 49 praktijken geëxcludeerd.¹³ Deze exclusie heeft geresulteerd in een relatieve ondervertegenwoordiging van groepspraktijken en een oververtegenwoordiging van praktijken die het Promedico registratiesysteem gebruiken.

In dit rapport werd gebruik gemaakt van verschillende gegevens afkomstig uit de huisartsenpraktijk. Zoals hierboven beschreven werd niet alle informatie gedurende een jaar geregistreerd, daarom zijn de noemers waarop de berekeningen in dit rapport zijn gebaseerd verschillend. In Tabel 2.2. worden de gebruikte gegevens weergegeven met daarachter de aantallen waarop deze zijn gebaseerd.

Tabel 2.2 Overzicht van de gegevens verzameling in de huisartsenpraktijk

Aard gegevens	Wijze van gegevensverzameling	N
Patiënten die contact hebben met de huisartsenpraktijk	Contactregistratie gedurende 12 maanden	289.692 personen
Diagnoses, gesteld in (deel)contacten van patiënten met de huisartsenpraktijk	Contactregistratie gedurende 12 maanden	1.524.470 deelcontacten in 949.220 ziekte-episoden
Patiënten die vanwege moeheid de huisarts consulteren	Contactregistratie gedurende 12 maanden	11.365 personen met 9.865 ziekte-episoden, 14.650 contacten ofwel 15.835 deelcontacten in verband met moeheid
Verwijzingen naar andere eerste-lijns en tweedelijns hulpverleners vanwege moeheid	Registratie van verwijzingen gedurende 12 maanden	2.656 patiënten worden vanwege moeheid verwezen
Diagnostiek en advies in de huisartsenpraktijk	Registratie gedurende 6 weken per praktijk	4.643 deelcontacten vanwege moeheid
Inschatting achtergrond moeheid door huisartsen	Registratie gedurende 6 weken per praktijk	384 contacten vanwege moeheid

Achtergrondkenmerken van patiënten

Alle ingeschreven patiënten van 104 deelnemende huisartsenpraktijken aan de tweede Nationale Studie ontvingen een korte vragenlijst over sociaaldemografische achtergrondkenmerken en over het oordeel over de eigen gezondheid. De respons bedroeg 76,5%.

De vraag over het oordeel over de eigen gezondheid is een 1-item vraag. Op een 5-puntsschaal werd gevraagd een inschatting te geven van de eigen gezondheid. Voor de analyses in dit rapport is de 5-puntsschaal gedichotomiseerd: (heel) goed versus matig/(heel)slecht.

Opleidingsniveau is berekend voor personen vanaf 25 jaar omdat op deze leeftijd duidelijk is of iemand wel/geen voortgezette opleiding heeft afgerond. Ten behoeve van de analyses in dit rapport werd het opleidingsniveau gedichotomiseerd: geen/lagere school versus middelbaar/voortgezet en academisch onderwijs.

De aard van de dagbesteding werd geanalyseerd vanaf 15 jaar en gedichotomiseerd naar dagbesteding buitenshuis: school of betaald werk enerzijds, en geen dagbesteding buitenshuis anderzijds: werkeloos, pensioen, WAO, huisman/huisvrouw.

De uitsplitsing naar culturele achtergrond in dit rapport is gebaseerd op de definitie van het CBS naar het geboorteland van de ouders. De in dit rapport gehanteerde definitie is als volgt:

- autochtoon: beide ouders geboren in Nederland;
- westers allochtoon: minimaal 1 van beide ouders geboren in Europa (excl. Turkije), Noord-Amerika, Oceanië, Israël, Japan of Indonesië;
- Niet westers allochtoon: minimaal 1 van beide ouders geboren in Turkije, Azië, (excl. Japan, Israël en Indonesië), Midden- of Zuid-Amerika, Afrika.

In dit rapport werden de eerste twee categorieën samengevoegd tot een categorie 'westers' en de laatste categorie werd benoemd als 'niet-westers'.

Er worden in dit rapport verschillende leeftijdscategorieën gehanteerd. Soms worden alle leeftijden geïnccludeerd, soms wordt een uitsplitsing gemaakt naar 7 categorieën, naar 5 categorieën of naar 2 categorieën. De keuze voor welke uitsplitsing wordt gebruikt hangt af van het doel van de analyse en van de beschikbare aantallen. Bijvoorbeeld, in Tabel 4.9 wordt uitgesplitst naar specifieke leeftijdscategorieën die verschillen tussen mannen en vrouwen omdat we willen toetsen of personen in die specifieke categorie last hebben van seksespecifieke en leeftijdsgelateerde vermoeidheidsklachten.

De aantallen in de patiëntenenquête zijn kleiner dan de aantallen uit de contactregistratie, waardoor de uitsplitsing naar leeftijd in hoofdstuk 3 over het algemeen minder uitgebreid is dan in hoofdstuk 4. Maar ook in hoofdstuk 4 wordt er soms uitgesplitst in slechts enkele groepen omdat een meer uitgebreide uitsplitsing niet mogelijk is in verband met te kleine aantallen patiënten, bijvoorbeeld daar waar het diagnostiek betreft.

2.2 Analyse

In dit rapport worden patiëntkenmerken, beloop en zorggebruik in relatie tot moeheid onderzocht. Een groot deel van de gegevens werd geanalyseerd met behulp van beschrijvende statistische methoden. DE ANALYSES IN DIT RAPPORT HEBBEN BETREKKING OP ALLE LEEFTIJDEN, TENZIJ ANDERS VERMELD. Dit in tegenstelling tot eerdere publicaties over vermoeidheid op basis van de data van de tweede Nationale Studie.³ We spreken over determinanten daar waar we kenmerken beschrijven die samenhangen met moeheid. Hieruit kunnen geen conclusies worden getrokken over oorzaak en gevolg relaties.

In een aantal tabellen worden personen die vanwege moeheid de huisarts consulteren vergeleken met personen die in verband met andere klachten de huisarts consulteren. We vergelijken niet met personen die ingeschreven staan in de huisartsenpraktijk omdat we klachtenpatronen en consultfrequentie met elkaar willen vergelijken en 23% van de ingeschreven personen heeft in een jaar geen enkel face-to-face contact met de huisartsenpraktijk.

Het beloop van moeheid in de huisartsenpraktijk wordt beschreven met behulp van analyses naar zorggebruik en duur van de moeheid. Personen die in de eerste 6 maanden van het registratiejaar een contact met de huisarts hadden vanwege moeheid werden 6 maanden gevolgd. De duur van de moeheid werd gedefinieerd als het aantal maanden tussen het eerste en laatste contact in verband met moeheid binnen een jaar. In dit rapport maken we een onderverdeling in 3 categorieën: degenen die met moeheid de huisarts consulteren, degenen die na 3 maanden nog contact hebben in verband met moeheid en zij die na 6 maanden nog contact hebben in verband met moeheid.

Ook onderzochten we welke kenmerken samenhangen met zowel zelfgerapporteerde vermoeidheid als met moeheid in de huisartsenpraktijk. Met behulp van (multivariate) logistische regressieanalyse wordt de unieke samenhang van een enkel achtergrondkenmerk met moeheid berekend, waarbij rekening wordt gehouden met de relatie van de andere kenmerken met moeheid, zoals geslacht en leeftijd.

Deze analyse geeft inzicht in welke achtergrondkenmerken van belang zijn in relatie tot moeheid, en de mate waarin elk kenmerk een rol speelt bij het al dan niet moe zijn. Op grond van dergelijke inzichten kan men proberen te voorspellen of iemand wel of niet tot een risicogroep voor vermoeidheidsklachten behoort.

Een logistisch regressiemodel gaat uit van kansen, of beter gezegd van kansverhoudingen: odds-ratio's. Een odds-ratio van 1 geeft aan dat de kans op rapportage van vermoeidheid voor een bepaalde achtergrondkenmerk (bijvoorbeeld 'mannen') even groot is als de kans voor de referentiegroep (vrouwen). Odds-ratio's boven de 1 geven een hogere kans op vermoeidheid aan, terwijl odds-ratio's kleiner dan 1 een kleinere kans op vermoeidheid aangeven, steeds in vergelijking met de referentiegroep.

Het is bekend dat de gekozen achtergrondkenmerken onderling vaak in meer of mindere mate samenhangen. Zo zullen chronische ziekten bijvoorbeeld vaker onder ouderen voorkomen. Mocht in het voorbeeld van de multivariate logistische regressieanalyse blijken dat leeftijd minder sterk samenhangt met moeheid dan de aanwezigheid van chronische ziekten, dan betekent dit niet dat ouderen niet moe zijn, maar dat dit vooral komt omdat zij een chronische ziekte hebben.

In de regressieanalyse zijn leeftijd en enkele leefstijlvariabelen (zie Tabel 2.1) opgenomen als continue variabelen, terwijl andere kenmerken zijn gedichotomiseerd. In het laatste geval wordt de referentiecategorie steeds tussen haakjes achter het betreffende kenmerk aangegeven.

Soms werd de regressieanalyse in twee stappen gedaan. In de tweede stap werd dan zelfgerapporteerde gezondheidstoestand toegevoegd. Dit werd pas in tweede instantie gedaan vanwege de sterke samenhang tussen zelfgerapporteerde gezondheidstoestand en zelfgerapporteerde moeheid. Deze tabellen staan in de bijlage; er wordt naar verwezen met name in hoofdstuk 3. In de tekst in de hoofdstukken worden alleen de significante verbanden weergegeven ($p < 0.05$).

3 Zelfgerapporteerde vermoeidheid

In dit hoofdstuk wordt de eerste onderzoeksvraag beantwoord. Er wordt een overzicht gegeven van vermoeidheid in de bevolking op basis van zelfrapportage, naar verschillende achtergrondkenmerken. De gegevens voor dit hoofdstuk zijn afkomstig uit de patiëntenquête.

3.1 Vrouwen, hoger opgeleiden en werkenden zeggen vaker dat zij moe zijn

Aan respondenten werd een lijst voorgelegd met veelvoorkomende klachten, waaronder vermoeidheid. Gevraagd werd of respondenten 14 dagen voorafgaand aan het interview last hadden van de betreffende klachten. De overgrote meerderheid van de bevolking, bijna 90%, ervaart met enige regelmaat gezondheidsklachten in de vorm van bijvoorbeeld hoofdpijn, buikpijn of vermoeidheid; 36% van de bevolking geeft aan zich in de afgelopen 14 dagen moe te hebben gevoeld. De gemiddelde leeftijd van degenen die naar eigen zeggen moe zijn is 40 jaar (stddev 20,2). In Tabel 3.1 wordt het percentage personen dat zich de afgelopen 2 weken vermoeid voelde weergegeven naar achtergrondkenmerken, inclusief het eigen oordeel van de gezondheid.

Uitgesplitst naar leeftijd betreft het veelal personen in de leeftijd van 15-44 jaar: 60% van de vrouwen tussen de 15 en 24 jaar rapporteert vermoeidheid over de afgelopen twee weken en 73% van degenen met een matig tot slechte gezondheid tussen de 25 en 44 jaar is naar eigen zeggen moe. Mensen met dagbesteding buitenshuis (school of werk) rapporteren vaker vermoeidheid dan mensen zonder dagbesteding buitenshuis. Mensen met een westerse achtergrond rapporteren ongeveer even vaak vermoeidheid als mensen met een niet-westerse achtergrond. Jongeren met een westerse achtergrond rapporteren vaker vermoeidheid dan jongeren met een niet-westerse achtergrond, terwijl vanaf 45 jaar mensen met een niet-westerse achtergrond wat vaker dan mensen met een westerse achtergrond vermoeidheid rapporteren.

Tabel 3.1 Aantal mensen met vermoeidheid in de bevolking, totaal en naar leeftijdsgroep, naar sociaaldemografische achtergrondkenmerken en zelfingeschatte gezondheid (n=12.682); percentages

Kenmerk	Vermoeidheid in de bevolking	Vermoeidheid naar leeftijd				
		1-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	65 jr e.o.
Man	28,3	19,1	38,3	36,4	28,6	21,7
Vrouw	42,4	22,5	60,2	55,1	41,2	35,2
Ziekenfonds	36,9	19,6	47,6	48,4	36,4	30,5
Particulier	33,4	22,2	51,2	44,8	32,1	26,3
Geen/lagere school*	31,8	-	-	45,7	32,3	29,2
Mid/voorg/HBO/acad*	39,7	-	-	47,5	35,2	29,8
Dagbesteding buitenshuis**	43,6	-	61,5	58,3	40,8	0,1
Geen dagbesteding buitenshuis**	41,2	-	48,5	44,4	33,0	32,8
Westers	35,8	21,4	49,1	47,4	34,6	29,3
Niet-westers	31,7	12,9	47,8	48,0	37,5	38,5
(Heel) goed gezond	31,9	21,2	47,9	43,8	27,7	19,8
Matig/(heel) slecht gezond	54,8	29,9	64,4	73,3	56,7	44,8

* Vanaf 25 jaar.

** Vanaf 15 jaar (dagbesteding=school of werk; geen dagbesteding buitenshuis=werkloos, pensioen, WAO, huisman/vrouw).

Ook de mate van psychische gezondheid kan samenhangen met het al dan niet rapporteren van moeheid. Een veelgebruikte maat om psychische gezondheid te meten is de General Health Questionnaire (GHQ). Met de GHQ wordt de kans op psychische problemen geëvalueerd. Mensen die vermoeidheid rapporteren in de twee weken voor het interview hebben gemiddeld een hogere score op de GHQ en dus een grotere kans op psychische klachten dan personen die geen vermoeidheid rapporteren (Tabel 3.2). Gemiddeld hebben personen die vermoeidheid rapporteren een score van bijna twee.

Tabel 3.2 Psychische gezondheid gemeten met de GHQ naar zelfgerapporteerde vermoeidheid (n=9677); gemiddelde en standaarddeviatie

Zelfgerapporteerde moeheid	Gemiddelde GHQ-score (stddev)
Nee	0,65 (1,6)
Ja*	1,99 (2,8)

* Het verschil is significant; $p < 0,001$.

Wanneer rekening wordt gehouden met de onderlinge samenhang tussen de achtergrondkenmerken (bijvoorbeeld de samenhang tussen leeftijd en vermoeidheid) rapporteren mensen met een dagbesteding buitenshuis (school of betaald werk) vaker vermoeidheid dan degenen zonder dagbesteding buitenshuis (zie Bijlage 1, Tabel 1). Mannen voelen zich minder vaak moe dan vrouwen, jongeren zijn minder vaak moe dan ouderen.

Wanneer daarnaast tevens rekening wordt gehouden met hoe men de eigen gezondheid inschat, is de samenhang tussen een minder goede gezondheid en vermoeidheid het grootst (zie Bijlage 1, Tabel 2). Personen met een voortgezette opleiding zijn vaker vermoeid dan personen met een lager opleidingsniveau. Mannen voelen zich minder vaak moe dan vrouwen, jongeren zijn minder vaak moe dan ouderen. Het effect van dagbesteding is weggefallen nu rekening wordt gehouden met hoe men de eigen gezondheid inschat. Dit geeft aan dat er een relatie is tussen het hebben van een minder goede gezondheid en het ontbreken van dagbesteding buitenshuis.

3.2 Moeheid komt niet alleen

Chronische moeheid wordt veelal binnen verschillende clusters van syndromen aangetroffen: chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS), en lichamelijke symptomen van angst en depressie.¹⁴ Ook wanneer moeheid (nog) niet chronisch is gaat deze klacht samen met andere klachten. Tabel 3.3 laat zien dat personen die zich in de twee weken voorafgaand aan het interview moe voelden gemiddeld bijna 7 klachten per persoon rapporteren. Dat is ruim twee keer zo veel als het aantal klachten per persoon in de groep die geen vermoeidheid rapporteert (2,7 klachten p.p.) en ook meer dan gemiddeld onder de bevolking (4,1 klachten p.p., niet in Tabel). In de groep die zich moe voelt worden alle klachten van de lijst vaker gerapporteerd: de ratio percentage klachten van ‘vermoeiden’ / ‘niet vermoeiden’ laat bijvoorbeeld zien dat het percentage personen dat lusteloosheid rapporteert 8 keer hoger is onder degenen die ook vermoeidheid rapporteren, het percentage personen met duizeligheid en pijn op de borst is ongeveer vier keer zo hoog, en het percentage personen met last van nervositeit is drie keer zo hoog onder personen die vermoeidheid rapporteren.

De meest gerapporteerde klacht naast vermoeidheid is hoofdpijn (51%), gevolgd door slapeloosheid (37,9%). Beide klachten worden twee keer zo vaak genoemd door personen die ook vermoeidheid rapporteren vergeleken met personen die geen vermoeidheid rapporteren. Hoofdpijn en slapeloosheid worden tevens genoemd als symptomen die in combinatie met vermoeidheid en bij een langere duur kunnen wijzen op CVS.

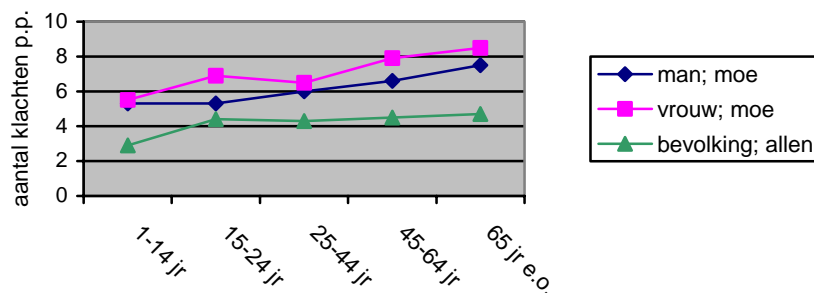
Tabel 3.3 Aantal personen met en zonder zelfgerapporteerde vermoeidheid, naar zelfgerapporteerde klachten in de afgelopen 2 weken; percentages en ratio

Acute klachten	Personen die vermoeidheid rapporteerden (n=4564)	Personen die geen vermoeidheid rapporteerden (n=8118)	Ratio percentage klachten van vermoeiden / niet vermoeiden
Geen enkele klacht	-	17,6	-
Moeheid	100	0,0	-
Hoofdpijn	51,1	23,9	2,1
Slapeloosheid	37,9	15,6	2,4
Pijn nek/schouder/bovenrug	33,6	14,1	2,4
Nervositeit	31,0	9,4	3,3
Pijn laag in rug	29,9	13,9	2,2
Verstopte neus	26,5	17,7	1,5
Hoesten	24,2	14,3	1,7
Lusteloosheid	22,0	2,7	8,1
Agressief gevoel	21,5	6,9	3,1
Duizeligheid	19,5	5,1	3,8
Pijn heupen / knieën	19,4	9,0	2,2
Overmatig transpireren	18,4	7,4	2,5
Buikpijn	16,6	6,8	2,4
Keelpijn	15,8	7,4	2,1
Pijn ellebogen / polsen	14,9	6,2	2,4
Benauwdheid	13,8	5,1	2,7
Misselijkheid	13,2	4,0	3,3
Hartkloppingen	12,4	3,5	3,5
Snel opgewonden zijn	12,3	4,2	2,9
Griepig	12,3	5,7	2,2
Jeuk	12,1	6,9	1,8
Pijn enkels / voeten	12,0	5,0	2,4
Maagpijn	10,3	3,8	2,7
Oorsuizen	9,1	5,3	1,7
Maagzuur	8,8	4,1	2,1
Diarree	8,7	4,5	1,9
Obstipatie	8,3	3,0	2,8
Pijn op de borst	8,0	2,0	4,0
Slecht horen	7,9	6,2	1,3
Gewichtstoename	7,1	2,7	2,6
Lokale roodheid huid	7,1	4,1	1,7
Koorts	7,0	3,0	2,3
Oorpijn	5,9	3,0	2,0
Anders	5,7	4,6	1,2
Wratten	4,6	3,6	1,3
Lokale zwelling huid	2,2	0,9	2,4
Aantal klachten per persoon	6,7	2,7	2,5

In Figuur 3.1 wordt het aantal klachten per persoon aangegeven naar leeftijd en geslacht. Het aantal klachten van de mannen en vrouwen die vermoeidheid rapporteren wordt vergeleken met het aantal klachten over het algemeen per persoon in de bevolking. De Figuur laat zien dat mannen en vrouwen die vermoeidheid rapporteren in iedere leeftijdscategorie meer klachten zeggen te hebben dan gemiddeld in de bevolking worden gerapporteerd. Het aantal gerapporteerde klachten neemt toe met de leeftijd, maar al in de leeftijd tot en met 14 jaar rapporteren zowel jongens als meisjes die vermoeidheid

rapporteren meer klachten dan gemiddeld in de bevolking. Vrouwen die zich vermoeid voelen rapporteren in alle leeftijdsgroepen meer klachten dan mannen. Ook de mate waarin de klachten worden gerapporteerd en de aard van de klachten verschilt naar leeftijd en geslacht. In alle leeftijdsgroepen rapporteren vrouwen veel vaker dan mannen hoofdpijn in combinatie met vermoeidheid. In de leeftijd tot en met 14 jaar rapporteren jongens vaker dan meisjes nervositeit in combinatie met vermoeidheid (zie Bijlage 1, Tabel 3).

Figuur 3.1 Aantal klachten per persoon in combinatie met vermoeidheid naar geslacht en leeftijd, vergeleken met het gemiddeld aantal klachten in de bevolking naar leeftijd (n=12.699)



Moeheid komt meer voor naarmate mensen meer chronische aandoeningen hebben, maar hoeveel van degenen met één of meer chronische klachten of aandoeningen is naar eigen zeggen ook moe? In Tabel 3.4 is te zien dat personen met één of meerdere chronische aandoeningen vaker vermoeidheid rapporteren (43%) dan degenen zonder chronische aandoening (28%).

Tabel 3.4 Aantal personen met zelfgerapporteerde vermoeidheid naar chronische aandoening (n=12.699); percentages

Zelfgerapporteerde chronische klacht/aandoening	Zelfgerapporteerde moeheid (%)
Nee	27,5
Ja	42,4*

* Het verschil is significant; $p < 0,001$.

In Tabel 3.5 wordt per chronische aandoening in percentages weergegeven hoeveel personen naar eigen zeggen moe zijn. Omdat chronische aandoeningen vaker voorkomen op latere leeftijd (met uitzondering van astma en chronisch eczeem), is in de Tabel een extra kolom toegevoegd met percentages chronische aandoeningen van personen van 65 jaar en ouder. De Tabel laat zien dat voor alle chronische aandoeningen geldt dat het gemiddeld percentage personen dat moeheid rapporteert veel hoger is dan de 28% die vermoeidheid rapporteren en geen chronische aandoening hebben. Op oudere leeftijd komen vermoeidheidsklachten in samenhang met chronische aandoeningen iets minder

vaak voor: de percentages in de rechterkolom in de Tabel zijn voor elke aandoening minder hoog dan de percentages in de middelste kolom.

Tabel 3.5 Aantal personen met één of meer chronische aandoeningen die naar eigen zeggen moe zijn, naar leeftijd en aard van de chronische aandoening (n=12.699); percentages

Chronische aandoening	Respondenten met zelf-rapportage vermoeidheid (alle leeftijden)	Respondenten van 65 jaar en ouder met zelfrapportage vermoeidheid
Duizeligheid met vallen (nu/afgel. 12 mnd)	63,2	60,0
Darmstoornissen > 3 mnd	60,7	53,5
Migraine / ernstige hoofdpijn (nu/afgel. 12 mnd)	56,0	54,1
Minstens 2 weken somber of depressief (ooit)	55,1	42,1
Andere ernstige hartaandoening (afgel. 12 mnd)	53,6	45,0
Incontinentie	52,4	43,6
Aandoening nek/schouder	52,1	43,2
Aandoening van rug (bv hernia)	51,9	45,1
Aandoening elleboog/pols	50,6	46,0
Chronische gewrichtsontsteking	50,1	45,4
Minstens 2 weken angstig of bezorgd (ooit)	49,5	37,3
Vernauwing bloedvaten buik/benen	47,2	44,6
Gewrichtsslijtage heupen/knieën	45,9	43,1
Astma/longemfyseem/cara	44,7	41,3
Beroerte/hersensbloeding/infarct (ooit)	42,1	37,1
Chronisch eczeem (nu/afgel. 12 mnd)	41,7	41,3
Diabetes Mellitus	41,2	36,4
Psoriasis (nu/afgel. 12 mnd)	41,2	37,5
Hoge bloeddruk (nu/afgel. 12 mnd)	40,5	33,8
Kanker (ooit)	39,3	30,2
Hartinfarct (ooit)	36,5	33,9

3.3 Moeheid en slecht slapen, alcohol en snacks

De verwachting is dat personen die ongezonder leven, zich minder vaak fit, en vaker vermoeid zullen voelen. Hierbij is de kans groot dat het verband tussen leefgewoonten en vermoeidheid bestaat via andere kenmerken. Het verband tussen roken en vermoeidheid kan bijvoorbeeld bestaan op oudere leeftijd, in combinatie met een chronische aandoening; of juist op jongere leeftijd, in combinatie met uitgaan en minder slaap. Het verband tussen leefgewoonten en zelfgerapporteerde vermoeidheid wordt daarom gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en de aanwezigheid van chronische aandoening(en). Uit deze analyse blijkt dat er inderdaad een samenhang bestaat tussen zelfgerapporteerde vermoeidheid en leefgewoonten, al is dit verband niet heel sterk (zie Bijlage 1, Tabel 4):

- niet verrassend is dat mensen die slecht slapen twee keer zo vaak vermoeidheid rapporteren als mensen die aangeven goed te slapen;
- mensen die veel en vaak alcohol gebruiken en degenen die dagelijks snacks eten rapporteren vaker dat zij last hebben van vermoeidheid;
- mensen die meer aan lichaamsbeweging doen rapporteren juist minder vaak dat zij moe zijn, dit geldt met name boven de 40 jaar;

- misschien wel verrassend is dat degenen die bewust gebruik maken van bepaalde extra voedingsmiddelen of vitaminepreparaten of juist bepaalde voedingsmiddelen uit de voeding weglaten vaker vermoeidheid rapporteren. Echter, bij nader inzien is dit resultaat misschien minder verrassend dan op het eerste gezicht lijkt: personen die bewust met hun voeding bezig zijn, zijn wellicht tevens meer met hun gezondheid bezig en zich daarom ook meer bewust van mogelijke gezondheidsklachten.

Boven de 40 jaar verdwijnt de samenhang tussen vermoeidheid en het eten van snacks. De samenhang tussen vermoeidheid en alcoholgebruik bestaat zowel boven de 40 als onder de 40 jaar. Onder de 40 jaar bestaat er vooral een verband tussen slecht slapen en vrouwzijn enerzijds en zelfgerapporteerde vermoeidheid anderzijds. Onder de 40 jaar is er geen significante samenhang tussen vermoeidheid naar eigen zeggen en lichaamsbeweging of bewust gebruik van voedingsmiddelen, boven de 40 jaar bestaan beide verbanden wel (zie Bijlage 1, Tabel 4).

3.4 Met jonge kinderen meer kans

Het hebben van jonge kinderen (tot en met 6 jaar) kan verschillen in gerapporteerde vermoeidheid tussen personen verklaren. Dit zou tevens kunnen verklaren waarom het percentage personen met zelfgerapporteerde vermoeidheid zonder dagbesteding het hoogst is in de leeftijd waarop vrouwen jonge kinderen hebben. In Tabel 3.6 wordt dit beeld bevestigd: moeders met kinderen onder de 6 jaar zijn vaker vermoeid dan moeders zonder kinderen onder de 6 jaar. Ook vaders met kinderen onder de 6 jaar lijken vaker vermoeidheid te rapporteren, maar dit verschil is niet significant.

Tabel 3.6 Aantal ouders met zelfgerapporteerde vermoeidheid, naar geslacht en het hebben van kinderen tot en met 6 jaar (n=7811); percentages

	Geen kinderen t/m 6 jr	Wel kinderen t/m 6 jr
Vaders	29,6	33,7
Moeders	43,8	57,3*

* Het verschil is significant; $p < 0,001$ (vaders: $p = 0,06$).

Ook wanneer rekening wordt gehouden met de gezondheidstoestand, een eventuele chronische klacht of aandoening en met gezinsgrootte blijft de samenhang tussen vermoeidheid en het hebben van kinderen onder de 6 jaar bestaan (zie Bijlage 1, Tabel 5). Daarnaast hebben personen uit grotere huishoudens/gezinnen minder vaak last van vermoeidheid dan personen uit kleinere gezinnen.

3.5 Kans op moeheid = combinatie van factoren

Waarmee hangt de kans op het al dan niet rapporteren van vermoeidheid samen: zijn dit vooral gezondheidskenmerken of spelen demografische kenmerken van personen, leefgewoonten en leefsituatie een net zo belangrijke rol? In Tabel 3.7 zijn alle eerder genoemde kenmerken die significant samenhangen met de kans op zelfrapportage van vermoeidheid samengevoegd in een regressieanalyse, waardoor de relatieve belangen ten opzichte van elkaar duidelijker worden. In deze analyse hebben we de inschatting van de eigen gezondheidstoestand niet geïnccludeerd, omdat de samenhang tussen zelfrapportage van gezondheidstoestand en zelfrapportage van vermoeidheid voldoende duidelijk is, zoals werd aangetoond in bovenstaande resultaten. We willen nu onderzoeken wat de samenhang is tussen vermoeidheid en andere kenmerken.

Uit Tabel 3.7 kunnen twee conclusies worden getrokken. Ten eerste dat de kans op zelfrapportage van vermoeidheid vooral samenhangt met slecht slapen en de aanwezigheid van één of meerdere chronische ziekten. Andere demografische kenmerken, zoals leefgewoonten en leefsituatie hangen ook significant samen met zelfgerapporteerde vermoeidheid, al is dit verband minder sterk. Mannen rapporteren minder vaak vermoeidheid dan vrouwen. Mensen met kinderen onder de 6 jaar, mensen die veel en vaak alcohol consumeren, dagelijks snacks eten en/of bewust bezig zijn met hun voeding rapporteren vaker vermoeidheid dan degenen die geen kinderen onder de 6 hebben, minder alcohol gebruiken, af en toe snacks eten en/of niet bewust bezig zijn met hun voeding. Mensen die vaker aan lichaamsbeweging doen zijn minder vaak moe.

De negatieve effecten (met een odds-ratio >1) zijn cumulatief: hoe meer van de genoemde kenmerken een persoon heeft, hoe groter de kans op zelfgerapporteerde vermoeidheid.

Ten tweede valt op dat de mate van samenhang verschilt naar leeftijd.

Voor personen tot en met 40 jaar bijvoorbeeld verdwijnt de samenhang tussen vermoeidheid en het hebben van kinderen onder de 6 jaar nu rekening wordt gehouden met de afzonderlijke invloed van alle kenmerken. De samenhang tussen zelfgerapporteerde vermoeidheid en chronische aandoeningen is sterker boven de 40 dan onder de 40 jaar. Toch zijn de verschillen naar leeftijd niet erg groot. De algemene conclusie dat er sprake is van een cumulatief effect geldt voor alle leeftijden, evenals het feit dat de gemeten kenmerken van leefgewoonten minder samenhang vertonen met vermoeidheid dan leeftijd, geslacht of de aanwezigheid van chronische aandoeningen.

Tabel 3.7 De kans op rapportage van vermoeidheid in relatie tot andere kenmerken; odds-ratio's (p-waarden)

	Odds-ratio (p-waarde) alle leeftijden n=9529	Odds-ratio (p-waarde) <=40 jr n=3292	Odds-ratio (p-waarde) >=41 jr n=6237
Leeftijd	0,972(<0,001)		
Man (vrouw ref.)	0,561(<0,001)	0,487(<0,001)	0,605(<0,001)
Chronische aandoening (geen ref.)	1,893(<0,001)	1,564(<0,001)	1,913(<0,001)
Kinderen onder de 6 jr (geen ref.)	1,204(0,006)	1,024(0,765)	1,616(0,002)
Slecht slapen (goed ref.)	2,075(<0,001)	2,429(<0,001)	1,869(<0,001)
Alcoholgebruik	1,233(<0,001)	1,237(0,001)	1,327(<0,001)
Bewust gebruik voeding (geen ref.)	1,364(<0,001)	1,274(0,001)	1,440(<0,001)
Dagelijks snacks (af en toe ref.)	1,234(<0,001)	1,231(0,007)	1,185(0,007)
Aantal dagen bewegen per week	0,919(<0,001)	0,975(0,095)	0,918(<0,001)
Constante	1,895(<0,001)	0,763(0,015)	0,344(<0,001)

3.6 Vergelijking in de tijd, discussie en conclusie

Het aantal personen dat desgevraagd gezondheidsklachten rapporteert over de laatste twee weken is toegenomen sinds 1987 (van 78% naar 89%).¹² Ook het aantal personen dat zich moe voelt is toegenomen. Gemiddeld rapporteerde in 1987 bijna 30 procent van de 15 tot 64-jarigen dat zij last hadden van moeheid in de afgelopen twee weken (24% van de mannen en 38% van de vrouwen), terwijl dit percentage in 2001 is gestegen tot 36% van de bevolking: 33% van de 15 tot 64-jarige mannen en 50% van de 15 tot 64-jarige vrouwen. Tegelijkertijd ervaart 82% van de Nederlanders in 2001 de eigen gezondheid als goed of als heel goed.¹⁵ Nederlanders voelen zich dus vaker moe en hebben vaker last van allerlei alledaagse gezondheidsklachten, maar zij voelen zich niet ongezond.

Vrouwen voelen zich vaker vermoeid dan mannen, en personen met een zelfgerapporteerde matige of slechte gezondheidstoestand voelen zich vaker vermoeid dan degenen die hun gezondheid als goed inschatten.^{16;17} Deze bevinding uit de literatuur wordt bevestigd in dit rapport.

Verschillen in het voorkomen van vermoeidheid kunnen samenhangen met verschillen in lichamelijke en geestelijke gezondheid, sekse en leeftijdsgebonden klachten, leefgewoonten (drinken, kwaliteit van slaap), en leefsituatie (dagbesteding en gezin).^{16;17}

Met uitzondering van seksegebonden klachten (zie hiervoor hoofdstuk 4) werd in dit hoofdstuk aan al deze factoren aandacht besteed. Duidelijk is dat alle genoemde factoren samenhangen met zelfrapportage van vermoeidheid, de mate waarin verschilt. We vonden geen verband tussen roken of het niet dagelijks nuttigen van een warme maaltijd en een grotere kans op vermoeidheid.

Zelfgerapporteerde vermoeidheid komt het meeste voor onder personen in de arbeidzame leeftijd. Het feit dat vermoeidheid zo vaak voorkomt onder personen met betaald werk heeft ertoe bijgedragen dat op het terrein van arbeid veel onderzoek is verricht, met name naar psychische vermoeidheid.^{4;18;19}

Voor alle leeftijden geldt dat de sterkste samenhang wordt gevonden tussen gezondheids- toestand en zelfgerapporteerde vermoeidheid. Moeheid komt meer voor naarmate mensen één of meer chronische aandoeningen hebben en al in de leeftijd tot en met 14 jaar gaat zelfgerapporteerde vermoeidheid samen met meer acute klachten dan gemiddeld worden ervaren in de bevolking.

4 Moeheid in de huisartsenpraktijk¹

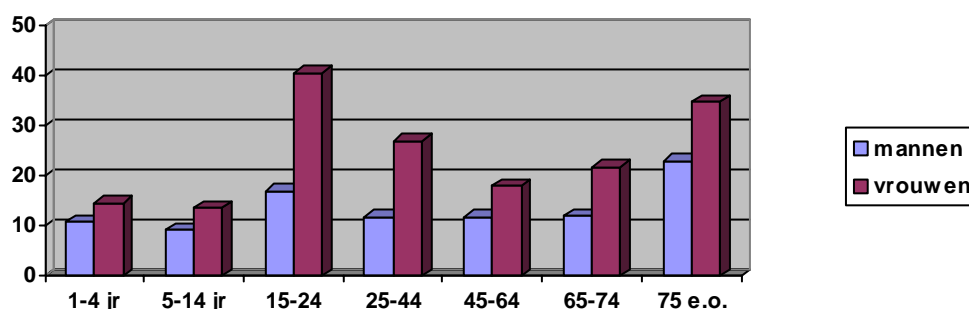
In hoofdstuk 3 werd onderzocht hoeveel personen er desgevraagd zeggen dat zij moe zijn en welke kenmerken de kans op vermoeidheid naar eigen zeggen vergroten. In dit hoofdstuk worden onderzoeksvragen 2 en 3 beantwoord. Er wordt weergegeven in hoeverre rapportage van vermoeidheid zich vertaalt naar huisartsenbezoek vanwege moeheid. Ook wordt onderzocht wie er vanwege moeheid de huisarts consulteren en bij wie de moeheid aanhoudt. De gegevens voor dit hoofdstuk zijn afkomstig uit de registratie van contacten in de huisartsenpraktijk.

4.1 Moe bij de huisarts: jong en oud, en vaker vrouw

De incidentie van de klacht moeheid (ICPC-code A04: moeheid/zwakte) in de huisartsenpraktijk is 18,5 nieuwe ‘gevallen’ per 1000 ingeschreven patiënten (95% betrouwbaarheidsinterval (BI): 16,7-20,3).¹⁵ Mannen consulteren minder vaak de huisarts in verband met moeheid dan vrouwen. Voor mannen bedraagt de incidentie van moeheid gemiddeld 12,5 per 1000 mannen. De piek ligt in de leeftijd van 75 jaar en ouder (23 nieuwe gevallen van moeheid per 1000 mannen; Figuur 4.1).

De gemiddelde incidentie voor vrouwen is 24,3 per 1000 vrouwen. Voor vrouwen ligt de piek in de leeftijd van 15-24 jaar (40,5 per 1000), waarna de incidentie daalt om weer toe te nemen op hogere leeftijd.

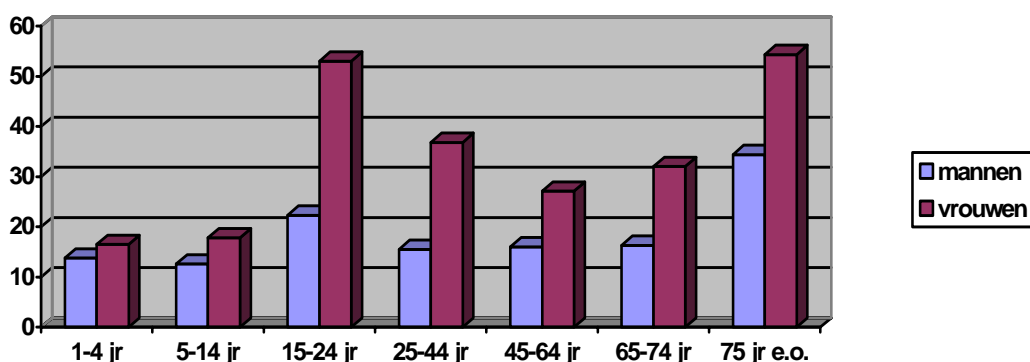
Figuur 4.1 Incidentie van de klacht ‘moeheid/zwakte’ in de huisartsenpraktijk



¹ Wanneer een contact met de huisarts de symptoomdiagnose ‘moeheid/zwakte’ heeft, benoemen we dit als consulteren van de huisarts in verband met moeheid. De oorspronkelijke reden waarmee de patient naar de huisarts kwam is niet bekend. De huisarts heeft de klacht(en) geïnterpreteerd en gecodeerd als moeheid.

Jaarprevalenties laten een zelfde patroon zien als de incidenties (Figuur 4.2).¹⁵ De gemiddelde jaarprevalentie van de klacht moeheid is in de huisartsenpraktijk 25,4 per 1000 ingeschreven patiënten (BI: 23,5-27,3). Voor mannen bedraagt de prevalentie 16,7 per 1000, en voor vrouwen 33,9 per 1000. Voor mannen ligt de piek bij 75 jaar en ouder (34,4 per 1000 mannen). Voor vrouwen onderscheiden we twee prevalentiepieken: één onder vrouwen van 75 jaar en ouder (54,3 per 1000 vrouwen) en onder vrouwen in de leeftijd van 15-24 jaar (53 per 1000).

Figuur 4.2 Jaarprevalentie van de klacht ‘moeheid/zwakte’ in de huisartsenpraktijk



Opvallend is dat consultatie in verband met de klacht moeheid ook al plaatsvindt onder de leeftijd van 1 jaar, en wel vaker bij jongens dan bij meisjes (incidentie jongens: 4,4 per 1000; incidentie meisjes: 3,1 per 1000). Hier is sprake van invloed van ouders, met name de moeder²⁰ op de presentatie van klachten van kinderen. Ouders nemen kinderen immers mee naar de huisarts en benoemen bij zeer jonge kinderen waar het kind last van heeft. In een andere studie op basis van gegevens van de tweede Nationale Studie werd al aangetoond dat er een substantieel verband is tussen contactfrequenties van ouders en hun kinderen.²¹

Bijna 3% van alle ingeschreven patiënten consulteert in een jaar de huisarts in verband met moeheidsklachten. Berekend over alleen de patiënten die in een jaar contact hebben met de huisartsenpraktijk heeft bijna 4% van de patiënten contact met de huisarts in verband met moeheid (zie Kader). Ongeveer 1% van alle ziekte-episodes, contacten en deelcontacten met de huisartsenpraktijk betreft de klacht vermoeidheid. Of het nu gaat om personen, episodes, of contacten, ongeveer tweederde betreft vrouwen of episodes/(deel)contacten van vrouwen.

Kader Personen met episoden, contacten en deelcontacten moeheid in de huisartsenpraktijk**Personen die in verband met moeheid de huisarts consulteren**

2,8% van alle ingeschreven patiënten; 3,9% van alle patiënten die in een jaar contact met de huisartsenpraktijk hebben (n=11.365 personen)

67,4% is vrouw

Ziekte episoden met diagnose moeheid/zwakte

1% van alle episoden (n=9.865)

67,3% betreft episoden van vrouwen

per episode moeheid 1 tot en met 25 deelcontacten

75,7% van episoden bestaat uit 1 contact

Contacten met diagnose moeheid/zwakte

1,1% van alle contacten (n=14.650)

67,6% betreft contacten van vrouwen

Deelcontacten (» gezondheidsklacht) met diagnose moeheid/zwakte

1% van alle deelcontacten (n=15.835)

68% betreft deelcontacten van vrouwen

Aan de huisartsen is gevraagd een inschatting te geven over de achtergrond van de aan hen gepresenteerde klachten. Huisartsen konden op een vijfpuntsschaal aangeven of zij de achtergrond van de klacht als somatisch inschatten, als een mix van somatisch dan wel psychosociaal, of als psychosociaal.

Tabel 4.1 Inschatting achtergrond van de klacht moeheid door de huisarts*, naar leeftijd en geslacht van de patiënt (n=384 contacten vanwege moeheid); percentages

	% (voornamelijk) somatisch		% (voornamelijk) psychosociaal	
	tot 55 jaar	55 jaar en ouder	tot 55 jaar	55 jaar en ouder
Mannen	34,3	53,7	28,6	10,6
Vrouwen	32,4	51,2	30,5	20,8
Totaal	33,0	52,0	29,9	17,6

* Vier antwoordopties zijn gereduceerd tot twee kolommen: (voornamelijk) somatisch en (voornamelijk) psychosomatisch.

Tabel 4.1 geeft een indruk van deze inschatting van huisartsen in relatie tot de klacht moeheid. In de Tabel worden de uiterste antwoordcategorieën met elkaar vergeleken, de middencategorie (mix somatisch en psychosomatisch) is weggelaten. Uit de Tabel kunnen twee conclusies worden getrokken: bij patiënten van 55 jaar en ouder wordt de achtergrond van de klacht vaker dan bij jongeren als somatisch beoordeeld. En bij vrouwen van 55 jaar en ouder wordt de klacht vaker dan bij mannen uit dezelfde leeftijdscategorie ingeschat als zijnde psychosociaal van origine. De achtergrond van vermoeidheidsklachten van mannen boven de 55 jaar wordt door huisartsen vaker ingeschat als zijnde een mix (niet in de Tabel): een somatische klacht waarachter de

huisarts een psychosociale component vermoedt of een psychosociale klacht waarachter de huisarts lichamelijke problemen vermoedt.

4.2 Zieken, lager opgeleiden en niet-werkenden vaker bij de huisarts vanwege moeheid

In deze paragraaf wordt onderzoeksvraag 2 beantwoord: hoeveel van degenen die moeheid rapporteren in de enquête consulteren in het registratiejaar tevens de huisarts in verband met moeheid? En in welk opzicht verschillen patiënten die naar eigen zeggen moe zijn maar hier niet mee naar de huisarts gaan van degenen die wel met moeheid de huisarts consulteren?

Het grootste deel van de respondenten dat desgevraagd rapporteert dat zij in de afgelopen twee weken vermoeid waren, consulteert in een jaar geen huisarts in verband met moeheid (94%). Blijkbaar worden de meeste mensen door gewone vermoeidheid niet zozeer beperkt of ervaren ze de vermoeidheid niet als een gezondheidsklacht waarvoor het noodzakelijk is om de huisarts te consulteren. Ongeveer zes procent rapporteert vermoeidheid en consulteert ook de huisarts in verband met moeheid. (Tabel 4.2)

Tabel 4.2 Aantal personen met zelfgerapporteerde vermoeidheid in afgelopen twee weken naar consultatie van de huisarts in een jaar in verband met moeheid (n=9619); percentages

	Zelfrapportage vermoeidheid
Niet naar huisarts vanwege moeheid in een jaar	93,9%
Contact huisarts vanwege moeheid in een jaar	6,1%

Berekend over alle patiënten die in een jaar contact hebben met de huisartsenpraktijk consulteert 3,9% de huisarts in verband met moeheid. In Tabel 4.3 worden de kenmerken van patiënten die één of meer contacten hebben met de huisarts in verband met moeheid beschreven, gepercentageerd naar alle patiënten die in een jaar contact hadden met de huisartsenpraktijk. Deze percentages worden vergeleken met de percentages van personen die ook moeheid rapporteerden in de enquête.

Consultatie van de huisarts in verband met moeheid komt vaker voor onder vrouwen, onder ziekenfondsverzekerden, onder personen zonder voortgezette opleiding, en onder personen met een matige of slechte gezondheid. De percentages personen die met vermoeidheid de huisarts consulteren zijn hoger onder de personen die tevens naar eigen zeggen vermoeid waren. Bijvoorbeeld: bijna 3% van de mannen consulteert de huisarts in verband met moeheid, en ruim 5% van de mannen die naar eigen zeggen vermoeid zijn consulteert de huisarts in verband met moeheid. Zelfrapportage van vermoeidheid vergroot het effect als het ware. Dit laatste geldt echter niet ten aanzien van de zelfgerapporteerde gezondheid: ongeacht hoe men de eigen gezondheid inschat is het percentage personen dat vermoeidheid rapporteert en hiermee de huisarts bezoekt ongeveer 6%.

Tabel 4.3 Aantal personen dat de huisarts consulteert in verband met moeheid, naar kenmerken van patiënten en naar zelfgerapporteerde vermoeidheid; percentages

	Percentage personen met huisartscontact in verband met moeheid (n=289.692)	Percentage personen met zelfgerapporteerde vermoeidheid + huisartscontact vanwege moeheid (n=224)
Man	2,8	5,2
Vrouw	4,8	6,5
Ziekenfonds	4,2	6,4
Particulier	3,4	5,7
Geen/lagere school*	4,8	8,8
Mid/voortg/HBO/acad*	3,8	5,4
Dagbesteding buitenshuis**	4,3	4,8
Geen dagbesteding**	4,3	7,0
Westers	4,0	6,1
Niet-westers	4,2	6,6
(Heel) goed gezond	3,5	6,1
Matig/slecht gezond	6,0	6,1

* Vanaf 25 jaar.

** Vanaf 15 jaar.

De kenmerken van degenen die vermoeidheid rapporteren en hiermee naar de huisarts gaan wijken af van degenen die vermoeidheid rapporteren en niet naar de huisarts gaan. Hoger opgeleiden die vermoeidheid rapporteren consulteren minder vaak de huisarts in verband met moeheid dan lager opgeleiden ($p < 0,05$), en personen met dagbesteding (school, betaald werk) die vermoeidheid rapporteren consulteren minder vaak de huisarts in verband met moeheid dan personen zonder dagbesteding ($p < 0,05$). De contactfrequenties van degenen die vermoeidheid rapporteren en niet naar de huisarts gaan zijn significant lager dan de contactfrequenties van degenen die vermoeidheid rapporteren en ook contact met de huisarts hebben in verband met moeheid ($p < 0,01$; gemiddelde contactfrequentie 5,3 resp. 8,3).

In Tabel 4.4 wordt de kans op zelfrapportage van vermoeidheid vergeleken met de kans op een huisartscontact in verband met moeheid voor personen in de werkzame leeftijd (15 tot 64 jarigen).

Rekening houdend met de onderlinge samenhang tussen de achtergrondkenmerken rapporteren mensen met één of meer chronische aandoeningen vaker vermoeidheid en zij consulteren tevens vaker de huisarts in verband met moeheid vergeleken met mensen zonder chronische aandoening.

Mensen met dagbesteding buitenshuis (school of werk) zijn vaker moe naar eigen zeggen dan mensen zonder dagbesteding, maar zij consulteren minder vaak de huisarts in verband met moeheid. Mensen met een hoger opleidingsniveau consulteren minder vaak de huisarts in verband met moeheid dan personen met een lager opleidingsniveau.

Tabel 4.4 Kans op zelfrapportage van vermoeidheid resp. kans op één of meer contacten met de huisartsenpraktijk in verband met moeheid voor 15 tot 64 jarigen in relatie tot andere kenmerken(n=4402); odds-ratio's en p-waarden

	Kans op zelfrapportage van vermoeidheid		Kans op contact met huisarts in verband met moeheid	
	odds-ratio	p-waarde	odds-ratio	p-waarde
Leeftijd	0,965	<0,001	0,969	<0,001
Man (vrouw ref.)	0,625	<0,001	0,722	0,069
Chronische ziekte (geen ref.)	1,802	<0,001	2,302	<0,001
Hogere opleiding (lagere ref.)	1,203	0,094	0,558	0,020
Westerse achtergrond (niet-westers ref.)	0,964	0,833	0,614	0,156
Particulier verzekerd (ziekenfonds ref.)	1,002	0,972	0,997	0,986
Dagbesteding buitenshuis (geen ref.)	1,324	<0,001	0,613	0,016
Constante	2,516	<0,001	0,279	0,020

Wanneer ook rekening wordt gehouden met de zelfingeschatte gezondheidstoestand blijven alle effecten bestaan, maar wordt de belangrijkste samenhang gevonden tussen een matig of slechte gezondheidstoestand (zelfgerapporteerd) en zelfgerapporteerde vermoeidheid (zie Bijlage 2, Tabel 1). Hoger opgeleiden rapporteren vaker dan lager opgeleiden vermoeidheid, maar komen minder vaak in de huisartsenpraktijk in verband met moeheid. De samenhang tussen een matig of slechte gezondheid (zelfgerapporteerd) en rapportage van vermoeidheid is sterker dan de samenhang tussen zelfgerapporteerde gezondheid en huisartsencontact in verband met moeheid.

Kortom, uit deze resultaten wordt duidelijk dat de factoren die het consulteren van de huisarts in verband met moeheid voorspellen andere zijn dan de factoren die rapportage van vermoeidheid voorspellen.

4.3 Ook bij de huisarts komt moeheid niet alleen

In deze en de volgende paragraaf gaan we in op onderzoeksvraag 3b: hoe vaak en met welke klachten consulteren patiënten met moeheid de huisarts nog meer en wat is het beloop (duur, zorggebruik) van moeheid?

Net zoals de klacht hoesten kan passen in een ziekte-episode met de diagnose griep, kunnen huisartscontacten in verband met moeheid uiteindelijke resulteren in ziekte-episoden met andere diagnoses. In Tabel 4.5 wordt een Top5 gegeven van diagnoses van episoden die huisartscontacten in verband met moeheid bevatten. Ruim driekwart van de ziekte-episoden met moeheid als diagnose bestaat slechts uit één contact met de huisartsenpraktijk. Voor deze contacten kan dus geen andere episodediagnose volgen. In het totaal krijgt 84% van de huisartscontacten in verband met moeheid uiteindelijk geen andere diagnose, 2% van de klachten is terug te voeren op een depressie, en minder dan 1% heeft te maken met een ziekte episode met de diagnose ziekte van Pfeiffer.

Hierbij moet wel worden opgemerkt dat in dit onderzoek moeheid als klacht niet geregistreerd zal zijn indien de huisarts onmiddellijk aan een andere (symptoom)diagnose dacht (zie ook noot op pagina 17).

Tabel 4.5 Uiteindelijk diagnoses van ziekte-episoden met huisartscontacten in verband met moeheid (n=15.835 deelcontacten moeheid); percentages

(Symptoom)diagnose	%
1. Moeheid/zwakte	83,6
2. Depressie	1,8
3. IJzergebreek	1,2
4. Surmenage	0,9
5. Ziekte van Pfeiffer	0,4

Met welke klachten komen personen die in verband met moeheid de huisartsenpraktijk bezoeken nog meer, en verschilt hun klachtenpatroon van de klachten van personen die niet met moeheid de huisarts consulteren? Dit wordt gepresenteerd in Tabel 4.6.

Tabel 4.6 Vergelijking 6 meest voorkomende klachten en diagnoses van patiënten die wel en die geen contact met de huisartsenpraktijk hebben in verband met moeheid in een jaar; percentages

Diagnosen van deelcontacten van patiënten die met moeheid de huisarts consulteren (n=101.570 deelcont.)	Percentage van alle diagnoses	Diagnosen van deelcontacten van patiënten die <i>niet</i> met moeheid de huisarts consulteren (n=1.331.206 deelcont.)	Percentage van alle diagnoses
Moeheid/zwakte	15,6%	Hypertensie	4,1%
Hypertensie	2,4%	Diabetes	2,3%
Urineweginfectie	2,0%	Acute infectie bovenste luchtwegen	2,0%
Depressie	1,9%	Orale anticonceptie	2,0%
Orale anticonceptie	1,7%	Hoesten	2,0%
Diabetes mellitus	1,6%	Urineweg infectie	1,8%

In Tabel 4.6 worden symptomen en diagnoses van contacten van personen die wel en niet bij de huisarts komen in verband met moeheid met elkaar vergeleken. Als mensen naar de huisarts gaan in verband met moeheid, dan maakt 'moeheid' een aanzienlijk deel uit van alle deelcontacten. Het percentage deelcontacten in verband met depressie is iets hoger (1,9%) onder degenen die ook de huisarts consulteren in verband met moeheid dan onder degenen die niet naar de huisarts gaan in verband met moeheid (1,3%; niet in de Tabel). Maar over het algemeen kan uit Tabel 4.6 worden geconcludeerd dat de klachten en diagnoses van personen die in verband met moeheid naar de huisarts gaan niet zeer verschillen van de klachten en diagnoses van degenen die niet met vermoeidheid de huisarts consulteren.

Dit geldt tevens voor zelfgerapporteerde vermoeidheid (zie Bijlage 2, Tabel 2). Personen die naar eigen zeggen moe zijn, komen niet vaak in de huisartsenpraktijk in verband met moeheid (1,4% van alle deelcontacten), zij komen vaker in verband met hypertensie (4% van alle deelcontacten) of diabetes (2%) of in verband met een pilrecept (2,1%). Bijna 2% van de deelcontacten betreft een deelcontact in verband met depressie. De personen die naar eigen zeggen niet moe zijn komen slechts in 0,6% van alle deelcontacten in verband

met moeheid bij de huisarts. Depressie komt in deze groep voor in 0,8% van alle deelcontacten. Ook hier geldt dus dat, afgezien van iets meer contacten in verband met depressie, personen die vermoeidheid rapporteren zich niet duidelijk onderscheiden van personen die geen vermoeidheid rapporteren naar klachtenpatroon.

Consulteren patiënten met één of meerdere chronische ziekten vaker de huisarts in verband met moeheid dan patiënten zonder chronische aandoening? In Tabel 4.7 wordt getoond dat bijna 5% van de patiënten die met een (huisarts-gediagnosticeerde) chronische ziekte de huisarts consulteert, ook contact met de huisarts heeft in verband met vermoeidheid. Van de patiënten die geen chronische ziekte hebben consulteert ruim 3% de huisarts in verband met moeheid.

Tabel 4.7 Aantal personen met één of meerdere chronische ziekten* dat contact heeft met de huisarts in verband met moeheid (n=289.692); percentages

Contact met huisarts in verband met chronische ziekte(n)	Contact met huisarts in verband met moeheid
Nee	3,4**
Ja	4,6

* Zie voor de lijst chronische ziekten met ICPC-code Bijlage 2, Tabel 3.

** Het verschil is significant; $p < 0,05$.

Ongeveer 10% van de bevolking heeft chronisch last van klachten die in medische zin niet verklaard zijn.¹⁴ Moeheid is één van de klachten die wordt gerekend tot onverklaarde chronische klachten. De vraag is of personen met onverklaarde chronische klachten zoals hoofdpijn, concentratieproblemen of verlies van eetlust, tevens vaker de huisarts consulteren in verband met moeheid. In Tabel 4.8 wordt getoond dat personen die de huisarts consulteren in verband met één of meerdere ziekte-episoden onverklaarde chronische klachten ook significant vaker bij de huisarts komen in verband met moeheid, vergeleken met degenen die geen ziekte-episode onverklaarde chronische klachten doormaken.

Tabel 4.8 Aantal personen dat contact heeft met de huisarts vanwege moeheid naar ziekte-episode(n) onverklaarde chronische klachten* (n=289.692); percentages

	Contact met de huisarts moeheid
Geen episoden onverklaarde chronische klachten	0,4**
Episoden onverklaarde chronische klachten	12,4

* Zie voor de lijst onverklaarde chronische klachten met ICPC-code Bijlage 2, Tabel 4.

** Het verschil is significant; $p < 0,001$.

Moeheid kan samenhangen met seksespecifieke klachten van vrouwen en mannen. Bij vrouwen kan moeheid samenhangen met anemie, menstruatieproblemen, klachten rondom zwangerschap en geboorte. Bij oudere mannen kan moeheid samenhangen met

prostaatproblemen.²² In Tabel 4.9 wordt de verdeling van contacten naar episode-diagnosehoofdstuk getoond, naar sekse en leeftijd.

Episoden moeheid van vrouwen worden weergegeven voor de leeftijd van 18-45 jaar (vruchtbare leeftijd) en de episoden moeheid voor mannen worden weergegeven vanaf 45 jaar.

Bijna 20% van de ziekte-episoden van vrouwen tussen 18 en 45 jaar die in een jaar één of meerdere keren de huisarts consulteren met moeheid betreft een episode met algemene klachten. De klachten van vrouwen die tevens de huisarts consulteren in verband met moeheid worden niet vaker toegeschreven aan problemen rond zwangerschap of menstruatie, wel passen de klachten van deze vrouwen vaker in een ziekte-episode uit het ICPC-hoofdstuk waaronder ook anemie valt (ICPC-hoofdstuk 'Bloed').

Ook de klachten van mannen die in een jaar één of meerdere keren met moeheid de huisarts consulteren passen niet opvallend vaker in een ziekte-episode die samenhangt met problemen van urinewegen of de mannelijke geslachtsorganen.

Zowel mannen als vrouwen die met moeheid de huisarts consulteren hebben voornamelijk meer ziekte-episoden met algemene klachten of diagnoses (ICPC-hoofdstuk Algemeen).

Tabel 4.9 Verdeling van huisartscontacten over ziekte-episoden van personen die huisarts consulteren in verband met moeheid vergeleken met verdeling algemeen, naar sekse en leeftijd

Episode Hoofdstuk	% episoden van vrouwen (18-45 jr) die ook huisarts consulteren met moeheid (n=27.363)	% episoden van alle vrouwen (18-45 jr; (n=306.253)	% episoden van mannen (>45 jr) die ook huisarts consulteerden met moeheid (n=15.291)	% van episoden van alle mannen (>45 jr; (n=292.082)
Algemeen (A)	19,6	6,5	16,7	5,9
Bloed (B)	2,4	1,2	2,7	1,2
Tractus Digestivus (D)	6,6	6,3	8,2	7,4
Oog (F)	1,4	1,9	2,0	2,5
Oor (H)	2,0	2,6	3,1	4,1
Tractus circulatorius (K)	2,3	2,9	13,3	17,1
Bewegingsapparaat (L)	10,8	13,9	10,9	15,2
Zenuwstelsel (N)	2,3	3,3	2,4	2,6
Psyche (P)	8,6	7,4	7,6	6,1
Tractus respiratorius (R)	11,2	11,8	13,4	13,4
Huid en subcutis (S)	9,1	12,4	7,2	10,4
Endocriene klieren/metabolisme/voeding (T)	1,8	1,6	6,0	7,6
Urinewegen (U)	3,1	3,5	3,1	2,6
Zwangerschap/bevalling/anticonceptie(W)	4,6	13,5	-	-
Geslachtsorganen vrouw (X)	7,3	9,9	-	-
Geslachtsorganen man (Y)	-	-	2,3	2,8
Sociaal (Z)	1,2	1,2	1,2	0,9

4.4 Vermoeiden consulteren vaak de huisarts

De symptoomdiagnose ‘moeheid’ wordt door huisartsen het hele jaar door gesteld (Tabel 4.10); waarvan iets vaker in de herfst.

Tabel 4.10 Aantal deelcontacten moeheid bij huisarts als percentage van alle diagnoses, naar seizoen (n=1.524.470)

	% contacten in verband met moeheid
Lente	1,1
Zomer	1,2
Herfst	1,3
Winter	0,9

Patiënten die in verband met moeheid de huisarts consulteren komen in een jaar aanzienlijk vaker bij de huisarts dan patiënten die dit niet doen. Het gemiddelde verschil in contactfrequentie is 3,5 contacten per jaar (gemiddelde contactfrequentie vermoeiden =7,8 versus contactfrequentie niet-vermoeiden=4,3; $p<0,001$).

Zoals al eerder benoemd heeft 1% van alle ziekte-episoden in de huisartsenpraktijk de symptoomdiagnose moeheid. In 97,6% van de gevallen begint een episode moeheid ook met een deelcontact met de symptoomdiagnose moeheid. In 76% van de gevallen bestaat de episode moeheid slechts uit één contact met de diagnose moeheid. In 1,7% van de gevallen duurt een episode moeheid langer dan 6 maanden.

Onderscheiden personen met een episode moeheid met een duur langer dan 6 maanden zich in de klachten waarmee zij vooral de huisarts consulteren? Nee, zoals duidelijk wordt uit de vergelijking van Tabel 4.6 met Tabel 4.11. De symptoomdiagnose moeheid komt voor in bijna 27% van alle deelcontacten van personen met ook een ziekte-episode moeheid langer dan 6 maanden. Een ander deel van de deelcontacten betreft chronische ziekten zoals hypertensie, diabetes, hartklachten en astma. Weer een ander deel verwijst naar alledaagse, veelvoorkomende diagnoses zoals hoesten of een infectie aan de bovenste luchtwegen. Dit alles verschilt niet van de Top6 die werd weergegeven in Tabel 4.6 over mensen die niet met moeheid naar de huisartsenpraktijk komen. In tegenstelling tot Tabel 4.6 komen klachten en diagnoses die verwijzen naar psychische problemen in Tabel 4.11 niet voor: depressie maakt 0,7% van de deelcontacten uit, depressieve gevoelens 0,4%, een angstig/nervus/gespannen gevoel ook 0,4% en ‘voorbijgaande stressreactie’ maakt 0,1% uit van alle deelcontacten in deze groep.

Tabel 4.11 Top 10 van diagnoses van deelcontacten van personen met ook episode moeheid >6 maanden (n=2347 deelcontacten)

Diagnose	%
1. Moeheid	26,9%
2. Onbekende diagnose	3,3%
3. Hypertensie	2,6%
4. Diabetes mellitus	1,5%
5. Slapeloosheid	1,4%
6. Decompensatio cordis	1,4%
7. Hoesten	1,3%
8. Astma	1,2%
9. Geen ziekte	1,2%
10. Infectie bovenste luchtwegen	1,2%

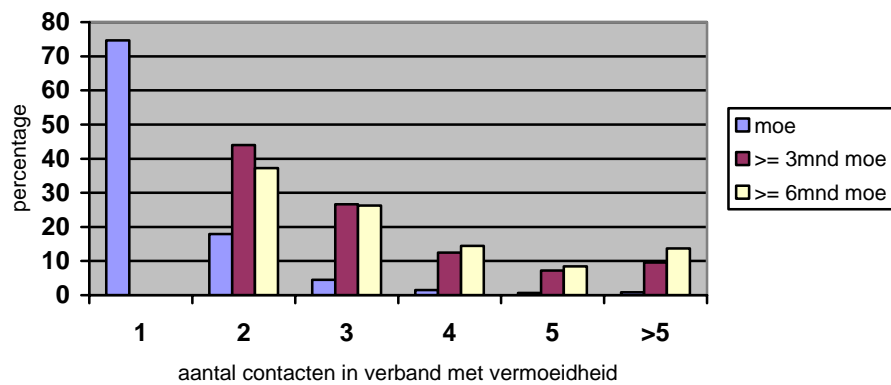
In onderstaande analyses gaan we niet uit van ziekte-episoden moeheid in de huisartsenpraktijk, maar van contacten in verband met moeheid. Personen die in verband met moeheid de huisarts consulteren hebben minimaal 1 en maximaal 33 keer contact met de huisartsenpraktijk in verband met vermoeidheid in een jaar; totaal hebben zij gemiddeld 5,9 contacten in een jaar (range 1-88). Ongeveer 75% heeft slechts 1 contact met de huisarts in verband met moeheid, 0,8% heeft meer dan 5 contacten in verband met moeheid (Figuur 4.3 en Figuur 4.4).

Personen die in de eerste 6 maanden van het registratiejaar een contact met de huisarts hadden in verband met moeheid werden 6 maanden gevolgd. De duur van de moeheid werd gedefinieerd als het aantal maanden tussen het eerste en laatste contact in verband met moeheid binnen een jaar.

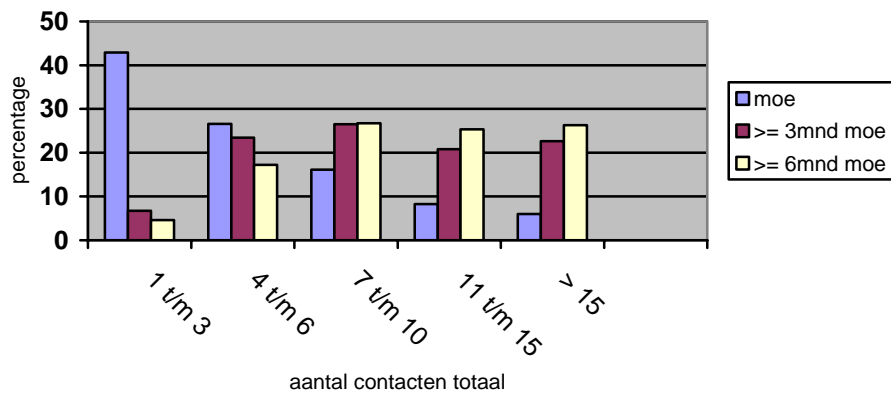
Bijna 6% van de personen die met moeheid bij de huisarts komen heeft hiervoor minstens 2 keer contact met de huisarts gehad en de tijd tussen het eerste en laatste contact is 3 maanden of langer. Deze personen hebben 2 tot 33 keer contact in verband met moeheid met de huisarts in een jaar en gemiddeld 11,6 contacten in het totaal met de huisartsenpraktijk (range 2-63). Bijna 10% van deze patiënten heeft meer dan 5 huisartscontacten in een jaar in verband met moeheid (Figuur 4.3 en Figuur 4.4).

Bij 2,5% van de personen die met moeheid bij de huisarts komen duurt de vermoeidheid 6 maanden of langer. Zij hebben in een jaar minstens 2 en maximaal 33 contacten met de huisarts in verband met moeheid en in een jaar 12,7 contacten in het totaal (range 2-53). Bijna 14% van deze patiënten heeft in een jaar meer dan 5 contacten met de huisarts in verband met moeheid.

Figuur 4.3 Aantal contacten met de huisarts in verband met moeheid, naar duur moeheid (n=11.365); percentages



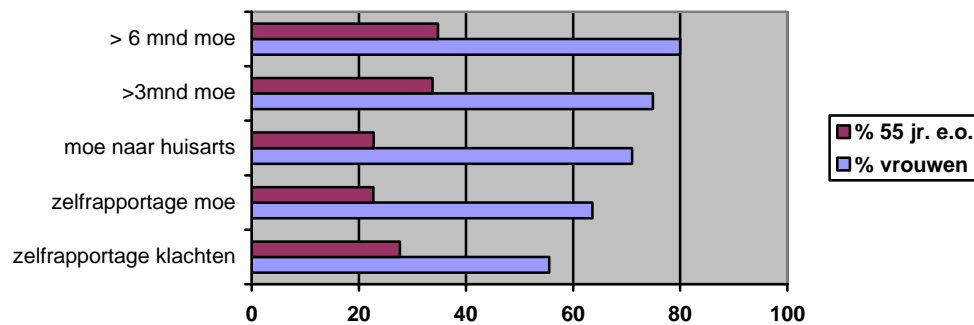
Figuur 4.4. Aantal contacten in categorieën met de huisarts in verband met moeheid, naar duur moeheid (n=11.365); percentages



Het percentage vrouwen neemt toe naarmate de vermoeidheid langer duurt en contact met de huisarts wordt gezocht. Ook het percentage 55-plussers neemt toe naarmate de vermoeidheid langer duurt, echter in veel mindere mate dan het percentage vrouwen. Dit wordt getoond in Figuur 4.5.

Uit Figuur 4.5 is tevens af te leiden dat het niet zo is dat degenen die zes maanden of langer last hebben van vermoeidheid gemiddeld veel ouder zijn. De gemiddelde leeftijd van degenen die met vermoeidheid de huisarts consulteren is 41,2 jaar (sd 22,7), degenen die 3 maanden of langer last hebben van vermoeidheid hebben een gemiddelde leeftijd van 46,4 jaar (sd 23,1), en degenen met 6 maanden of langer last van vermoeidheid zijn gemiddeld 47,1 jaar (sd 23,7).

Figuur 4.5 Aantal vrouwen en 55-plussers onder degenen die vermoeidheid rapporteren en met vermoeidheid de huisarts consulteren; percentages



In 21,9% van de contacten met de diagnose vermoeidheid wordt aanvullend diagnostisch onderzoek in de praktijk gedaan, in 26% van de contacten in verband met moeheid wordt diagnostiek aangevraagd.¹³

Tabel 4.12 Aantal keren dat diagnostiek en advies plaatsvindt in contacten van patiënten met de klacht moeheid, naar leeftijd en naar duur moeheid; percentages

	Alle patiënten (n=4643 deel- contacten)	Tot 55 jaar (n=1913 deel- contacten)	55 jaar en ouder (n=2730 deel- contacten)	3 maanden of langer moe (n=616 deel- contacten)	6 maanden of langer moe (n=281 deel- contacten)
Bloedonderzoek	34,3	35,5	31,1	10,9	9,9
Bloeddrukmeting	16,6	14,2	23,3	10,7	12,8
Gewichtmeting	3,0	2,5	4,4	3,1	2,1
Urineonderzoek	4,3	4,6	3,2	1,6	1,4
Röntgenfoto	2,2	1,5	4,1	1,3	1,1
ECG	0,8	0,6	1,4	0,6	0,4
Advies werkstaking	0,7	0,9	0	0	0
Advies medicatie zonder recept	0,7	0,4	2,1	1,1	0,4
Borstonderzoek	0,6	0,8	0	0,6	1,1
Advies werkhervatting	0,4	0,8	0	0,3	0,4
Echoscopie	0,3	0,3	0,3	0,5	0
Functieonderzoek	0,3	0,5	0	0,2	0
Endoscopie	0	0	0	0,5	0,4

Huisartsen konden op een speciale lijst aangeven welke diagnostiek werd gedaan en welke adviezen werden gegeven in consulten in verband met de klacht moeheid. Het voorkomen van deze handelingen in relatie tot moeheid is weergegeven in Tabel 4.12. Omdat zowel leeftijd van de patiënt als duur van de moeheid ten dele zal bepalen of en welke diagnostische test wordt gedaan, zijn de percentages uitgesplitst naar leeftijd van de patiënt en duur van de klacht. Bloedonderzoek wordt het meeste gedaan (34% van contacten), met name in contacten in verband met moeheid van personen tot 55 jaar (36% van contacten). Bloedonderzoek wordt met name gedaan in de periode tot 3 maanden na

het eerste contact in verband met moeheid. Bloeddrukmetingen komen vaker voor in contacten van personen van 55 jaar en ouder dan in contacten van patiënten onder de 55 jaar. In contacten in verband met moeheid vindt ook andere diagnostiek plaats en wordt advies gegeven over werkstaking of werkhervatting, maar in veel geringere mate.

In 0,5% van de contacten in verband met vermoeidheid wordt verwezen naar de 1^e lijn, in 2,5% van deze contacten wordt verwezen naar de 2^e lijn, en in 15,3% van deze contacten wordt medicatie voorgeschreven (meest voorkomend: temazepam).¹³

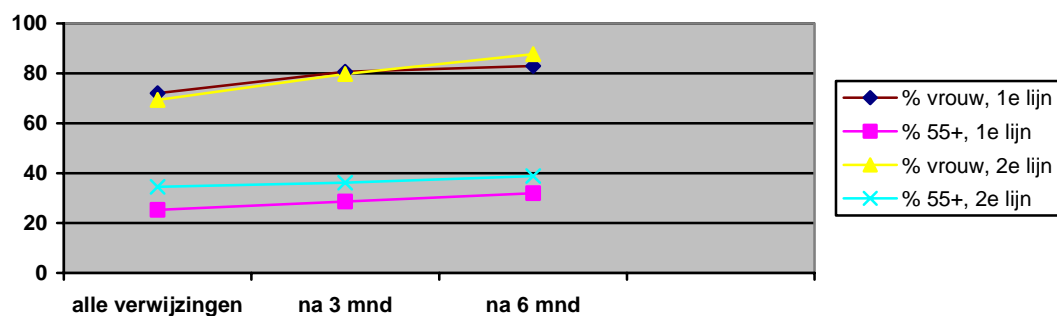
In termen van personen wordt 7,2% van degenen die de huisarts consulteren in verband met moeheid verwezen binnen de eerste lijn en 12,6% wordt verwezen naar de tweede lijn. De meeste verwijzingen binnen de eerste lijn betreffen verwijzingen naar de fysiotherapie, de meeste verwijzingen naar de tweede lijn zijn naar de interne geneeskunde. Wanneer de vermoeidheid 3 maanden of langer aanhoudt wordt nog eens 0,9% van degenen die de huisarts consulteren in verband met moeheid verwezen binnen de eerste lijn, nog eens 1,6% wordt verwezen naar de tweede lijn.

Duurt de vermoeidheid 6 maanden of langer, dan wordt er nauwelijks meer verwezen: 0,4% van degenen die de huisarts consulteren in verband met moeheid wordt na 6 maanden nog verwezen binnen de eerste lijn, 0,7% wordt alsnog verwezen naar de tweede lijn.

In het totaal wordt 0,2% van alle ingeschreven patiënten met moeheid verwezen in de eerste lijn en 0,4% van alle ingeschreven patiënten wordt verwezen naar de tweede lijn.

De gemiddelde leeftijd van de personen die een verwijzing krijgen in verband met vermoeidheid is ongeveer 43 jaar (stddev 20,0). In Figuur 4.6 wordt getoond dat zowel binnen de eerste als naar de tweede lijn voornamelijk vrouwen worden verwezen, en dat het percentage hoger is naarmate de moeheid langer duurt. In de leeftijd vanaf 55 jaar wordt vaker naar de tweede lijn verwezen.

Figuur 4.6 Aantal patiënten dat wordt verwezen naar de eerste en tweede lijn, naar geslacht en leeftijd (n=2656); percentages

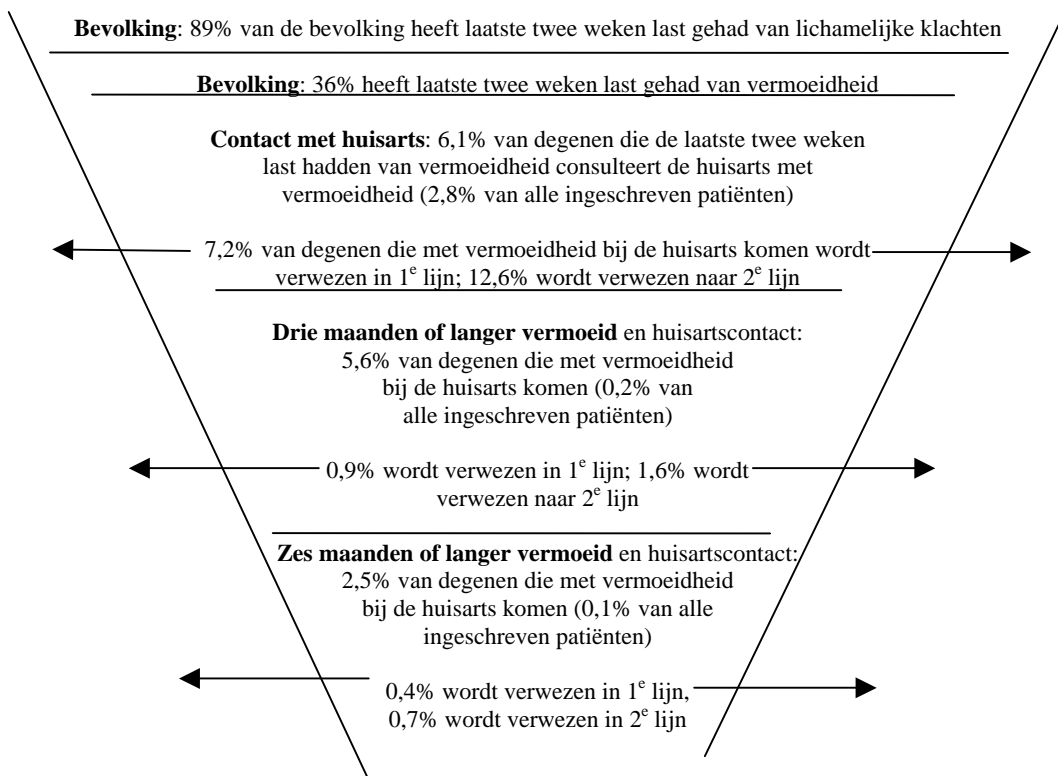


Tabel 4.13 Aantal verwijzingen in verband met andere diagnoses van personen die met moeheid de huisarts consulteren (n=5580 verwijzingen); percentages

Klacht/diagnose	% verwijzingen
1 Moeheid	24,4
2 Onbekend	10,7
3 Neksymptomen/klachten	2,8
4 Lage rugpijn	1,9
5 Rugsymptomen/klachten	1,8
6 Diabetes Mellitus	1,0
7 Buikpijn	1,0
8 Schoudersymptomen/klachten	1,0
9 Visussymptomen/klachten	1,0
10 Depressie	0,9

Personen die in verband met moeheid de huisarts consulteren worden niet alleen verwezen in verband met hun moeheid, maar mogelijk ook in verband met andere klachten. In Tabel 4.13 wordt weergegeven welke diagnoses van deze patiënten nog meer een reden zijn voor verwijzing. Moeheid is de belangrijkste reden voor verwijzing, maar ook klachten van het bewegingsapparaat maken een substantieel deel uit van de verwijzingen. Patiënten die worden verwezen in verband met klachten aan het bewegingsapparaat zijn niet ouder dan de gemiddelde leeftijd waarop personen met moeheid worden verwezen.

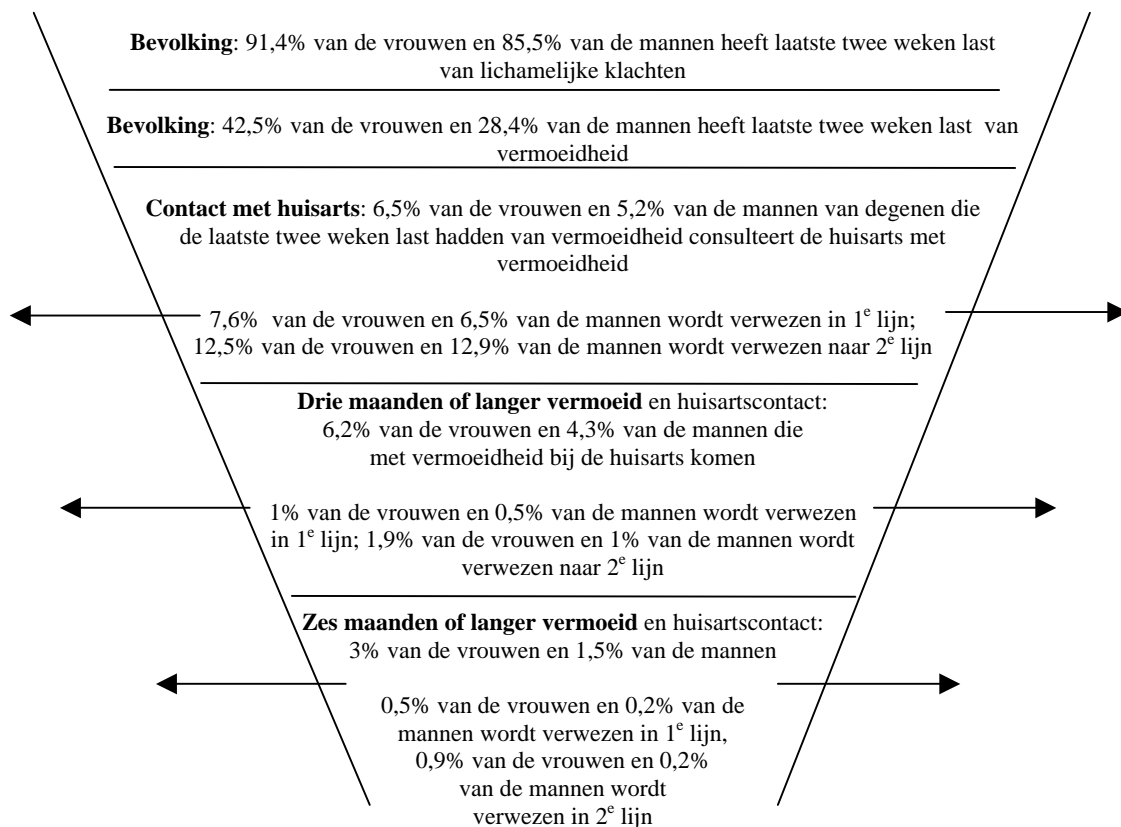
Figuur 4.7 Trechtermodel van moeheid



In Figuur 4.7 wordt een trechtermodel van vermoeidheid gepresenteerd, op basis van tot nu toe gepresenteerde resultaten. Samengevat rapporteert 36% van de bevolking vermoeidheid in de afgelopen 2 weken, 6% hiervan consulteert de huisarts in verband met moeheid. In het totaal wordt ongeveer 15% van deze patiënten door huisartsen verwezen naar de tweede lijn. Uiteindelijk duurt de vermoeidheid 6 maanden of langer bij 2,5% van degenen die de huisarts bezoeken met moeheid.

In Figuur 4.8 wordt een zelfde trechtermodel weergegeven naar geslacht. Ongeveer 43% van de vrouwen is naar eigen zeggen vermoeid en 6,5% hiervan komt naar de huisarts in verband met moeheid; 28% van de mannen is vermoeid en 5% hiervan consulteert de huisarts met moeheid. Na drie maanden heeft 6% van de vrouwen die bij de huisarts kwamen in verband met moeheid nog steeds contact met de huisarts in verband met moeheid, van de mannen is dit 4%. Uiteindelijk is het percentage van de vrouwen dat 6 maanden of langer vermoeid is en hiervoor de huisarts consulteert twee keer zo hoog als het percentage van de mannen dat na 6 maanden nog moe is.

Figuur 4.8 Trechtermodel van moeheid naar geslacht



4.5 Vergelijking in de tijd, discussie en conclusie

Het aantal personen dat de huisarts consulteert in verband met moeheid is toegenomen sinds 1987. In 1987 was de driemaands-incidentie van de klacht ‘algehele malaise (vermoeidheid / ziektegevoel)’ 2,3 per 1000 personen; moeheid werd in 1987 niet als zodanig benoemd. Omgerekend naar een jaar is dit een jaarincidentie van 9,2. In 2001 is de jaarincidentie van moeheid 18,5, hetgeen een verdubbeling van het aantal nieuwe ziekte-episodes moeheid betekent. Een kanttekening die hierbij moet worden gemaakt is dat ten tijde van de tweede Nationale Studie (2001) over het algemeen meer gezondheidsproblemen werden gecodeerd met een symptoomdiagnose dan ten tijde van de eerste Nationale Studie (1987). Al met al lijkt het er op dat, ondanks mogelijke veranderingen in het codeergedrag van artsen, meer zelfrapportage van vermoeidheid tevens heeft geresulteerd in een toename van het aantal contacten met de huisarts in verband met moeheid.

Toch consulteert slechts een klein percentage van de personen die vermoeidheid rapporteren de huisarts in verband hiermee. De factoren die de kans op een consult bij de huisarts met de diagnose moeheid voorspellen zijn andere dan de factoren die de kans op zelfrapportage van vermoeidheid voorspellen. Deze bevinding is belangrijk in het kader van interpretatie van resultaten bijvoorbeeld uit enquête onderzoek. Niet iedereen die in een enquête een acute klacht rapporteert vindt deze klacht voldoende ernstig om een huisarts te consulteren. Het zijn met name hoger opgeleiden en personen met betaald werk die in enquêteonderzoek vaker vermoeidheid rapporteren maar hier niet mee naar de huisarts gaan. Wellicht kunnen enquêtevragen gericht op de hinder die men van vermoeidheid ondervindt in het dagelijks leven deze discrepantie verminderen.

Personen die de huisarts consulteren in verband met moeheid hebben een significant hogere contactfrequentie dan degenen die dit niet doen, en bezoeken vaker de huisarts in verband met onverklaarde chronische klachten. Personen die gedurende een langere periode last hebben van moeheid en in verband hiermee de huisarts consulteren hebben de meeste contacten met de huisartsenpraktijk. Het lijkt er op dat patiënten die met moeheid de huisarts consulteren zich qua klachtenpatroon niet van patiënten onderscheiden die niet bij de huisarts komen in verband met moeheid. Hier kan echter sprake zijn van een artefact omdat de aanleiding van het huisartsenbezoek niet bekend is. Zoals al eerder benoemd in hoofdstuk 4 zal een huisarts een moeheidsklacht van een patiënt niet registreren als moeheid wanneer hij of zij aan een andere symptoomdiagnose, bijvoorbeeld depressieve gevoelens, denkt.

De inschatting van de achtergrond van de klacht moeheid door huisartsen komt overeen met een publicatie gebaseerd op de eerste Nationale Studie, waarin een samenhang werd gevonden tussen een voornamelijk somatische achtergrond van moeheid en mannelijke patiënten, een oudere leeftijd en/of gepensioneerd zijn.^{16;17}

Vanuit het perspectief van de huisarts kunnen consulten in verband met vermoeidheid belastend zijn.²³ Enerzijds omdat huisartsen meer tijd nodig hebben dan de 10 minuten die gemiddeld voor een spreekuurcontact worden uitgetrokken, anderzijds omdat zij vaak geen direct antwoord hebben op dergelijke klachten; laboratoriumonderzoek bijvoorbeeld, wijst vaak niets uit.

Toch wordt er in bijna 29% van de contacten in verband met vermoeidheid bloedonderzoek aangevraagd, en tevens wordt er ander diagnostisch onderzoek gedaan. Of dit wordt gedaan ter uitsluiting van ernstige ziekten, op initiatief van de huisarts of ter geruststelling van de patiënt werd uit dit onderzoek niet duidelijk. In de NHG-standaard 'Bloedonderzoek' wordt geadviseerd om bij vage klachten in eerste instantie geen bloedonderzoek te verrichten. Bij voorkeur wordt het spontane beloop gedurende een maand afgewacht, tenzij de klachten in de tussentijd van karakter veranderen. Na die maand volgt herbeoordeling en indien er nog steeds sprake is van een vage klacht wordt beperkt bloedonderzoek aangevraagd.

In drie procent van de contacten in verband met moeheid wordt verwezen naar andere disciplines in de eerste en tweede lijn. Ongeveer 15% van de personen die met moeheid de huisarts consulteren wordt verwezen naar de tweede lijn. Uiteindelijk consulteert bijna 3% van degenen die met moeheid de huisarts bezochten na 6 maanden nog de huisarts met moeheid. Meer dan driekwart van hen is vrouw, dit gegeven heeft speciale aandacht nodig. Langdurig vermoeiden maken slechts een klein deel uit van de ingeschreven patiënten (0,1%). Aan de andere kant, moeheid behoort veelal tot een cluster van gezondheidsklachten die vaak in combinatie voorkomen. Verdere ontrafeling van deze cluster van klachten, zoals bij wie komt wat wanneer in welke mate voor, met name daar waar het langdurige moeheid betreft lijkt een logische volgende stap.

Literatuur

1. Meer JWM van der, Rijken PM, Bleijenberg G, Thomas S, Bensing JM. Aanwijzingen voor het beleid bij langdurige, lichamelijke onverklaarde vermoeidheidsklachten. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1997; 141:1516-1519.
2. Meer JWM van der, Rijken PM, Bleijenberg G, Thomas S, Hinloopen RJ, Bensing JM et al. Langdurige lichamelijke onverklaarde moeheidsklachten; samenvatting, conclusies en aanbevelingen voor het beleid van de medicus practicus. Katholieke Universiteit Nijmegen / Nederlands Huisartsen Genootschap / NIVEL, 1997.
3. Bensing JM, Lindert H van. Vermoeider dan ooit; stijgend aantal moeheidsklachten verdient de aandacht van artsen. Medisch Contact 2003; 58:551-555.
4. Ridder D de, Schreurs K, Schaufeli W. De psychologie van vermoeidheid. Assen: Van Gorkum, 2000.
5. Bensing JM, Hulsman R, Schreurs K. Vermoeidheid: een chronisch probleem. Medisch Contact 1996; 51:123-124.
6. Fukuda K, Strauss SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. Annals of Internal Medicine 1994; 121:953-959.
7. Bos K van den, Visser A. Onverklaarbare chronische klachten. TSG 2004; 82:343-349.
8. Schie M van. Vage klachten in de huisartsenpraktijk. TSG 2004; 82:387-388.
9. Vingerhoets A. Onbegrepen chronische klachten in een wisselend biopsychosociaal perspectief; oog voor de dynamiek. TSG 2004; 82:358-363.
10. Kenter EGH, Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H. Tiredness in Dutch family practice; data on patients complaining of and/or diagnosed with 'tiredness'. Family Practice 2003;20:434-440.
11. Schellevis FG, Westert GP, Bakker DH de, Groenewegen PP, Zee J van der, Bensing JM. De tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: aanleiding en methoden. Huisarts & Wetenschap 2003; 46:7-11.
12. Lindert H van, Droomers M, Westert GP. Een kwestie van verschil: verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik. Utrecht/Bilthoven, NIVEL/RIVM, 2004.
13. Cardol M, Dijk L van, Jong JD de, Bakker DH de, Westert GP. Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter? Utrecht / Bilthoven, NIVEL / RIVM, 2004.
14. Verhaak PFM. Onverklaarde chronische klachten: definitie en omvang. TSG 2004; 82:350-357.

15. Linden MW van der, Westert GP, Bakker DH de, Schellevis FG. Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht / Bilthoven, NIVEL/RIVM, 2004.
16. Bensing JM, Schreurs K. Sekseverschillen bij moeheid. Huisarts en Wetenschap 1995; 38:412-421.
17. Rijk AE de, Schreurs K, Bensing JM. De invloed van patiëntkenmerken op de beoordeling van moeheid door de huisarts. Gedrag & Gezondheid 1996; 24:173-180.
18. Andrea H. Fatigue and mental health problems in the working population: descriptives and associations with consulting a physician. Universiteit Maastricht, 2003.
19. Janssen N. The natural course of fatigue in a working population. Universiteit Maastricht, 2004.
20. Mechanic D. The influence of mothers on their children's health attitudes and behavior. Pediatrics 1964; 33:444-453.
21. Cardol M, Groenewegen PP, Bakker DH de, Spreeuwenberg P, Dijk L van, Bosch WJHM van den. Shared help-seeking behaviour within families; a retrospective cohort-study. British Medical Journal 2005;330:882-884.
22. Bensing JM, Hulsman R, Schreurs K. Gender differences in fatigue; biopsychosocial factors relating to fatigue in men and women. Medical Care 1999; 37:1078-1083.
23. Morris CJ, Cantrill JA, Weiss MC. General practitioners' attitudes to minor ailments. Family Practice 2001; 18:581-585.

Bijlage 1

Tabellen behorend bij hoofdstuk 3

Tabel 1 Kans op zelfrapportage van vermoeidheid in relatie tot andere kenmerken (n=5695); regressie-coëfficiënt (B), standaard fout (SE), p-waarde en odds-ratio

	B	SE	p-waarde	odds-ratio
Leeftijd	-0,030	0,003	<0,001	0,971
Man (vrouw ref.)	-5,29	0,060	<0,001	0,589
Voortgezette opleiding (lagere ref.)	0,143	0,100	0,152	1,153
Westerse achtergrond (niet-westers ref.)	0,001	0,148	0,996	1,001
Particulier verzekerd (ziekenfonds ref.)	-0,037	0,061	0,537	0,963
Dagbesteding buitenshuis (geen ref.)	0,330	0,068	<0,001	1,391
Constante	0,997	0,212	<0,001	2,710

Tabel 2 Kans op zelfrapportage van vermoeidheid in relatie tot andere kenmerken, inclusief zelfingeschatte gezondheid (n=5481); regressie-coëfficiënt (B), standaard fout (SE), p-waarde en odds-ratio

	B	SE	p-waarde	odds-ratio
Leeftijd	-0,038	0,003	<0,001	0,963
Man (vrouw ref.)	-0,623	0,063	<0,001	0,536
Voortgezette opleiding (lagere ref.)	0,300	0,107	0,005	1,350
Westerse achtergrond (niet-westers ref.)	0,247	0,163	0,129	1,281
Particulier verzekerd (ziekenfonds ref.)	0,077	0,064	0,227	1,080
Dagbesteding buitenshuis (geen ref.)	0,069	0,073	0,344	1,072
Matig/slechte gezondheid (goede ref.)	1,350	0,081	<0,001	3,857
Constante	0,800	0,229	<0,001	2,227

Tabel 3 Aantal zelfgerapporteerde klachten in de afgelopen 2 weken in combinatie met vermoeidheid, totaal en naar aard van de klacht, naar leeftijd en geslacht (n=4560); percentages

	1-14 jr		15-24 jr		25-44 jr		45-64 jr		65 jr e.o.	
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
	n=251	n=283	n=220	n=355	n=527	n=1077	n=475	n=763	n=175	n=408
Hoofdpijn	31,9	42,8	43,2	67,9	50,5	59,3	44,6	59,8	23,4	41,2
Slapeloosheid	21,1	25,8	33,6	38,6	32,4	35,7	36,4	51,5	41,7	46,1
Pijn nek/schouder/- bovenrug	8,4	9,5	22,3	33,5	28,8	35,7	32,8	48,6	36,0	44,6
Nervositeit	23,5	21,9	27,7	32,1	29,2	32,1	26,3	36	29,1	39,2
Pijn laag in rug	4,0	8,1	15,0	24,8	26,8	32,1	36,0	40,5	34,9	42,9
Verstopte neus	35,5	33,9	40,9	37,7	25,0	24,3	21,3	22,9	16,0	23,0
Hoesten	32,7	31,1	30,0	29,6	21,8	19,9	20,2	22,7	33,7	24,8
Lusteloosheid	15,5	12,7	12,3	18	23,3	22,6	24,0	27,7	26,3	22,1
Agressief gevoel	24,7	20,8	22,3	23,7	23,3	24,0	20,6	19,0	20,0	14,2
Aantal klachten per persoon	5,3	5,5	5,3	6,9	6,0	6,5	6,6	7,9	7,5	8,5

Tabel 4 Kans op zelfgerapporteerde vermoeidheid in relatie tot andere kenmerken, voor alle leeftijden en naar twee leeftijdscategorieën; odds-ratio en p-waarde

	Odds-ratio (p-waarde) alle leeftijden n=6704	Odds-ratio (p-waarde) <=40 jr n=3335 ^a	Odds-ratio (p-waarde) >=40 jr n=3369 ^a
Leeftijd	0,963(<0,001)		
Vrouw (man ref.)	1,699(<0,001)	2,261(<0,001)	1,674(<0,001)
Chronische aandoening (geen ref.)	1,966(<0,001)	1,645(<0,001)	1,753(<0,001)
Wel eens roken (nooit ref.)	1,073(0,422)	-*	-
Alcoholgebruik	1,292(<0,001)	1,264(0,003)	1,428(<0,001)
Aantal glazen in weekend	0,978(0,101)	-	-
Aantal glazen in de week	0,962(0,085)	-	0,971(0,200)
Elke dag warme maaltijd (niet ref.)	0,841(0,141)	-	-
Bewust gebruik voeding (geen ref.)	1,208(0,005)	1,173(0,165)	1,269(0,002)
Aantal dagen ontbijt per week	0,986(0,323)	-	-
Dagelijks snacks (af en toe ref.)	1,235(0,004)	1,191(0,024)	1,115(0,214)
Aantal uren slaap	1,037(0,235)	-	-
Slecht slapen (goed ref.)	1,960(<0,001)	2,265(<0,001)	1,722(<0,001)
Aantal dagen bewegen per week	0,920(<0,001)	0,971(0,218)	0,925(<0,001)
Constante	2,120(<0,001)	0,444(<0,001)	0,252(<0,001)

^a Alleen significante variabelen werden geïncludeerd ivm kleinere aantallen: geslacht, chronische aandoening, alcoholgebruik, bewust gebruik van voeding, nuttigen van snacks, slaapkwaliteit, lichaamsbeweging

Tabel 5 Kans op zelfgerapporteerde vermoeidheid van ouders in relatie tot andere kenmerken (n=7811); regressie-coëfficiënt (B), standaard fout (SE), p-waarde en odds-ratio

	B	S.E.	p-waarde	odds-ratio
Leeftijd	-0,32	0,002	<0,001	0,968
Vrouw (man ref.)	0,626	0,051	<0,001	1,870
Chronische aandoening (geen ref.)	0,538	0,058	<0,001	1,712
Matig/slechte gezondheid (goede ref.)	1,102	0,062	<0,001	3,011
Kinderen onder de 6 jaar (geen ref.)	0,163	0,080	0,042	1,177
Aantal personen in huishouden	-0,043	0,019	0,025	0,958
Constante	-0,383	0,138	0,005	0,682

Bijlage 2

Tabellen behorende bij hoofdstuk 4

Tabel 1 Kans op zelfrapportage van vermoeidheid en kans op één of meer contacten met de huisarts in verband met moeheid voor 15 tot 64 jarigen in relatie tot andere kenmerken (n=4246); odds-ratio en p-waarde

	kans op zelfrapportage van vermoeidheid		kans op contact met huisarts in verband met moeheid	
	Odds-ratio	p-waarde	Odds-ratio	p-waarde
Leeftijd	0,959	0,000	0,958	0,000
Man (vrouw ref.)	0,570	0,000	0,680	0,035
Chronische ziekte (geen ref.)	1,536	0,000	2,031	0,001
Hogere opleiding (lagere ref.)	1,405	0,004	0,610	0,050
Westerse achtergrond (niet-westers ref.)	1,419	0,462	0,684	0,297
Particulier verzekerd (ziekenfonds ref.)	1,108	0,160	0,964	0,849
Dagbesteding buitenshuis (geen ref.)	1,048	0,562	0,546	0,004
Matig/slechte gezondheid (goede ref.)	3,361	0,000	1,490	0,047
Constante	2,279	0,002	0,254	0,017

Tabel 2 Vergelijking 6 meest voorkomende klachten en diagnoses van patiënten die wel en die niet vermoeidheid rapporteren; percentages

Diagnosen van deelcontacten van patiënten met zelfgerapporteerde vermoeidheid (n=22.656 deelcont.)	percentage van alle diagnoses	Diagnosen van deelcontacten van patiënten die <i>geen</i> vermoeidheid rapporteerden (n=28.223 deelcont.)	percentage van alle diagnoses
Hypertensie	4,0	Hypertensie	5,3
Orale anticonceptie	2,1	Diabetes	2,7
Diabetes mellitus	2,0	Hoesten	2,1
Hoesten	1,9	Acute infectie bovenste Luchtwegen	2,0
Urineweginfectie	1,9	Urineweg infectie	1,7
Depressie	1,8	Eczeem	1,5

Tabel 3 Lijst ICPC-codes chronische aandoeningen

Chronische aandoening	ICPC-code
Migraine / ernstige hoofdpijn	N01, N02, N03, N89, N90, N92
Gewrichtsslijtage	L84, L89, L90, L91
Hoge bloeddruk	K85, K86, K87
Ernstige aandoening nek/schouder	L01, L08, L83, L92
Ernstige, hardnekkige rugklachten	L02, L03, L85, L86
Astma, bronchitis, longemfyseem, CARA	R91, R95, R96
Ernstige aandoening elleboog, pols, hand	L10, L11, L12, L72, L74
Chronisch eczeem	S86, S87, S88
Incontinentie	P12, U04
Kanker	A79, B72, B73, B74, D74, D75, D76, D77, F74, H75, K72, L71, N74, R84, R85, S77, S80, T71, T73, U75, U76, U77, U79, W72, X75, X76, X77, X81, Y77, Y78
Duizeligheid met vallen	N17
Gewrichtsontsteking	L88, T92
Diabetes	T88, T90
Hartinfarct	K75, K76
Ernstige darmstoornissen	D81, D85, D86, D92, D93, D94
Vernauwde vaten	K91, K92
Beroerte, hersenbloeding, herseninfarct	K89, K90
Hartaandoening	K71, K73, K74, K77, K78, K79, K80, K81, K82, K83, K84
Psoriasis	S91

Tabel 4 Lijst ICPC-codes van episoden onverklaarde chronische klachten*

Clusternaam episode	Klacht	ICPC-code
Fibromyalgie	Rugpijn	L02, L03
	Gewrichtspijn	L08, L01, L20
	Pijn aan de extremiteiten	L09, L14
	Hoofdpijn	N01, N02
	Pijn (algemeen)	A01
Chronisch vermoeidheidssyndroom	Zwakte	A04
	Vermoeidheid	A04
	Slaapstoornis	P06
	Concentratieprobleem	P20
Somatische depressie	Verlies van eetlust	T03
	Gewichtsverandering	T07, T08
	Rusteloosheid	-
Somatische angst	Trage gedachtegang	-
	Pijn op de borst	K01, K02
	Kortademigheid	R02
	Hartkloppingen	K04
	Duizeligheid	N17
irritable bowel syndrome	Brok in de keel	D21, R21
	Verstijfdheid	-
	Misselijkheid	D09
	Ontlasting van wisselende samenstelling	D18
	Winderigheid	D08
	Constipatie	D12
	Buikpijn	D01, D93

* zie voor de overlap tussen syndromen en klachten referentie ¹⁴.