

Vermoeidheid: een chronisch probleem

Over een chronisch probleem dat te weinig aandacht van de dokter krijgt.

Door: J. Bensing, R. Hulsman en K. Schreurs

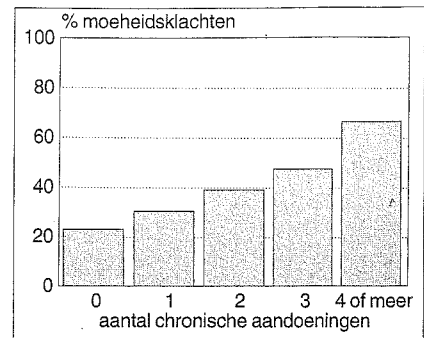
Ironisch genoeg krijgen de problemen waar chronisch zieken het meest last van hebben vaak het minst de aandacht in de patiëntenzorg. Vermoeidheid is zo'n probleem. Chronisch zieken klagen vaak over vermoeidheid; voor velen is dit het meest belastende aspect van hun ziekte. Toch komt moeheid zelden in de spreekkamer ter sprake. Artsen hechten ook veel minder belang aan het symptoom moeheid dan de patiënten zelf.¹ Er lijkt een kloof te bestaan tussen de ervaringswereld van chronisch zieken en de aandacht van artsen voor het verschijnsel moeheid: die kloof is er zowel wetenschappelijk als in het medisch consult.

Epidemiologie

Van sommige ziektebeelden is inmiddels uit epidemiologisch onderzoek heel goed bekend met welke moeheidsklachten ze gepaard gaan. Zo klaagt meer dan 80% van de kankerpatiënten over moeheid, die bij hen vaak een rechtstreeks gevolg is van de behandeling met chemo- of radiotherapie, maar ook lange tijd daarna kan voortduren.^{2,3} Ook patiënten die lijden aan multiple sclerose klagen vaak over moeheid: ruim 79% MS-patiënten zijn sneller, frequenter en intenser vermoeid dan gezonde mensen.⁴ Bovendien worden andere MS-symptomen door moeheid versterkt.⁵ Van reumapatiënten is uit onderzoek bekend dat 57% van hen moeheid beschouwt als het meest problematische symptoom van hun ziekte.⁶ Ook hartklachten gaan gepaard met moeheidsklachten, die vaak tot 6 maanden na een hartoperatie kunnen aanhouden.⁷ Bij veel andere chronische aandoeningen is over het verschijnsel 'moeheid' nauwelijks iets bekend. Dit komt onder meer doordat moeheid niet wordt beschouwd als een centraal element van gezondheid of kwaliteit van leven. Weinig Kwaliteit van Leven-lijsten bevatten een expliciete moeheidschaal. Uitzonderingen zijn de Notting-

ham Health Profile⁸ en de Rand-36,⁹ maar ook in onderzoek dat van deze lijsten gebruik maakt wordt zelden afzonderlijk over moeheid gerapporteerd. In de Nationale Studie van Ziekten en Verichtingen in de Huisartspraktijk is aan een random steekproef van dertienduizend mensen gevraagd van welke klachten zij last hadden gehad in de twee weken voor het interview.¹⁰ In de gecodeerde lijst van symptomen was ook de klacht 'moeheid' opgenomen. Dit bleek, samen met de klacht 'hoofdpijn', de meest genoemde klacht te zijn.¹¹ Bij analyse van de personen van 15 tot 64 jaar (N = 9.379) werd gevonden dat vrouwen meer over moeheid klagen dan mannen.¹² Bij vrouwen bleek de klacht moeheid vooral samen te hangen met de combinatie van werk buitenshuis en de zorg voor kleine kinderen. Bij mannen bleek moeheid vooral te worden verklaard door het uitoefenen van hoofdarbeid. Bovendien bleek moeheid vooral veel voor te komen bij mensen die ook aan allerlei andere gezondheidsproblemen lijdten, zowel acute klachten als chronische aandoeningen. Daarom is een aparte analyse gemaakt van de comorbiditeit van moeheid bij allerlei chronische aandoeningen over alle personen van 15 jaar en ouder (N = 10.683).

Figuur 1 laat zien dat moeheid meer voorkomt naarmate mensen meer chronische aandoeningen hebben. Bij mensen die geen enkele chronische aandoening rapporteren is er een kans van 23% dat er moeheidsklachten worden gemeld. Wanneer mensen wel chronische aandoeningen hebben, loopt die kans uiteen van 30% bij één aandoening tot 66% procent bij vier of meer aandoeningen. In figuur 2 is bij achttien chronische ziekten te zien hoeveel procent van de patiënten rapporteren last te hebben van moeheid. Het percentage varieert van 35% (bij hooikoorts of prostaat-



Figuur 1. Percentage moeheidsklachten per aantal chronische aandoeningen.

klachten) tot 56% (bij kanker of schildklier-aandoeningen). Uit deze cijfers mag de conclusie worden getrokken dat moeheid een duidelijk probleem is voor veel verschillende chronische ziekten. Bovendien wordt het probleem groter naarmate een patiënt aan meerdere chronische aandoeningen lijdt.

Moeheid: oorzaak of gevolg

Over de etiologie van moeheid komt uit de literatuur geen eenduidig beeld naar voren. Bij laboratoriumonderzoek wordt zelden een duidelijke oorzaak gevonden.¹³⁻¹⁵ Moeheid blijft meestal als symptoomdiagnose bestaan. Wel worden in de literatuur diverse mogelijke oorzaken genoemd, al is bij sommige ervan een oorzakelijk verband nooit echt goed vastgesteld; genoemd worden infecties, verkeerde voeding, verhoogde spiegel van afbraakproducten en toxische metabolieten, anemie, bijwerking van geneesmiddelen, gewichtsverlies (bij kanker), slaapstoornissen, gebrek aan beweging (immobilisatie), psychologische distress en/of depressiviteit, en pijn.^{2,16-19}

Moeheid moet vaak begrepen worden de hele context waarin de patiënt verkeert, waarbij biomedische aspecten (de oorspronkelijke chronische ziekte), psychologische aspecten en sociale aspecten elkaar voortdurend beurtelings beïnvloeden.⁶ Vaak spelen circulaire, zichzelf versterkende processen een rol. Zo kan het vermijden van lichamelijke activiteit gemakkelijk leiden tot een vicieuze cirkel, die de moeheidsklachten steeds vaker en intenser laat terugkeren.¹⁷ Datzelfde kan worden gezegd van ketenreacties waarbij patiënten vanwege hun vermoeidheid de neiging krijgen sociale activiteiten te vermijden. Vaak stuit dit op onbegrip: men vindt iemand asociaal of lui, wat leidt tot negatieve of terugtrekkingsreacties van de omgeving.⁵ Vervolgens kunnen bij de patiënt allerlei affectieve reacties ontstaan (piekeren, tobben, irritatie, zelf-

verwijt, depressiviteit), die het gevoel van moeheid op hun beurt weer verder kunnen versterken.

Zeker is dat moeheid vaak gepaard gaat met allerlei andere gezondheidsproblemen. Naast de reeds genoemde diverse chronische aandoeningen zijn dat vooral: pijn, slaapproblemen, stress, depressiviteit en andere vormen van psychische problematiek.^{16 17 20} En ook hier zijn allerlei vicieuze cirkels te ontdekken. Zo leidt pijn gemakkelijk tot slaapproblemen, hetgeen moeheid tot gevolg kan hebben. Pijn kost ook energie, evenals het vermijden van pijn. Pijn kan ten slotte ook leiden tot het vermijden van lichamelijke activiteit, waardoor de reeds eerder gememoreerde vicieuze cirkel in werking kan treden.¹⁶

Ongeacht of moeheid nu oorzaak of gevolg is van andere problemen, het is duidelijk dat moeheid de kwaliteit van leven sterk beïnvloedt: vermoeide mensen ondernemen minder, zij verliezen hun mobiliteit, vermijden sociale contacten, zorgen vaak slecht voor zichzelf en hebben naast eerder genoemde affectieve reacties ook allerlei cognitieve problemen: het concentratievermogen raakt aangetast, zij verliezen hun besluitvaardigheid, krijgen problemen met hun geheugen en klagen over desoriëntatie en een verminderd denkvermogen.^{5 19}

Interventies

Tegen deze achtergrond is het op het eerste gezicht opmerkelijk dat in de spreekkamer zo weinig aandacht aan moeheid wordt geschonken.

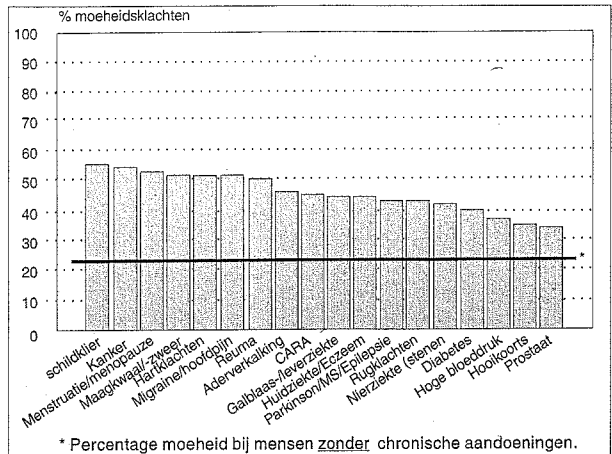
Toch is dat ook wel begrijpelijk. Er zijn immers op een enkele uitzondering na weinig medicijnen die helpen tegen moeheid. Moeheid wordt vaak beschouwd als een lastig, maar onvermijdelijk bijverschijnsel van de primaire aandoening. Jammer is dat wel, want uit de literatuur blijkt dat er wel degelijk interventies werkzaam zijn. Deze liggen vooral op het vlak van de voorlichting en educatie: patiënten aan wie van tevoren wordt uitgelegd dat zij kunnen verwachten door een bepaalde behandeling (radiotherapie, chemotherapie) sneller vermoeid te raken, zullen beter in staat

zijn met hun moeheid om te gaan.^{5 17} Het is in ieder geval niet verstandig om patiënten uitsluitend te adviseren vooral rustiger aan te gaan doen. Daardoor kan namelijk gemakkelijk de reeds eerder genoemde negatieve spiraal ontstaan. Beter is het om patiënten te stimuleren hun activiteiten te doseren en een goede balans te zoeken tussen inspanning en ontspanning, bijvoorbeeld door een programma van lichamelijke activiteiten te ontwikkelen waarin ook niet-inspannende activiteiten zijn opgenomen.^{3 16} Ook een goede planning van de dagelijkse activiteiten en onderscheid maken tussen belangrijke en minder belangrijke taken is effectief voor het vinden van een betere energiebalans.⁷ Het kan helpen als de patiënt een tijd lang in een dagboek zowel zijn of haar dagelijkse activiteiten als de moeheidsklachten bijhoudt. Er blijken namelijk grote individuele verschillen te zijn in de mate waarin bepaalde activiteiten tot moeheid leiden. Algemene adviezen zijn daarom zelden afdoende. Wel is het vrijwel altijd belangrijk om, gelet op de hoge co-morbiditeit op deze terreinen, apart aandacht te besteden aan slaaphygiëne en aan pijnbestrijding.¹⁶ Ten slotte is het van belang om aandacht te besteden aan de rol van de sociale omgeving bij de totstandkoming (overstimulatie) of instandhouding (overmatige bescherming, ziekte winst) van de moeheidsklachten.

Zozien Bensing,
Robert Hulsmans,
Karlein Schreurs,
Nivel, Utrecht

Literatuur

1. Lewis G, Wessely S. The Epidemiology of Fatigue: More Questions than Answers. *J Epidemiol Community Health* 1992; 46: 92-7.
2. Irvine DM, Vincent L, Bubela N, Thompson L, Graydon J. A critical appraisal of the research literature investigating fatigue in the individual with cancer. *Cancer Nurs* 1991; 14(4): 188-99.
3. Graydon JE, Bubela N, Irvine D, Vincent L.



Figuur 2. Percentage moeheidsklachten bij verschillende chronische aandoeningen.

Fatigue-reducing strategies used by patients receiving treatment for cancer. *Cancer Nurs* 1995; 18(1): 23-8.

4. Packer TL, Sauriol A, Brouer B. Fatigue secondary to chronic illness: postpolio syndrome, chronic fatigue syndrome, and multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil* 1994; 75(10): 1122-6.
5. Hubsy EP, Sears JH. Fatigue in multiple sclerosis: guidelines for nursing care. *Rehabil Nurs* 1992; 17(4): 176-80.
6. Tack BB. Self-reported fatigue in rheumatoid arthritis. A pilot study. *Arthritis Care Res* 1990; 3(3): 154-7.
7. Schaefer KM, Shober-Potylycki MJ. Fatigue associated with congestive heart failure: use of Levine's Conservation Model. *J Adv Nurs* 1993; 18(2): 260-8.
8. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Williams J, Papp E. The Nottingham Health Profile, subjective health status and medical consultations. *Soc Sci Med* 1981; 15: 221-30.
9. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS-36-item Shortform Health Status Survey (SF-36): 1. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care* 1992; 30: 473-83.
10. Bensing JM, Foets M, Velden J van der, Zee J van der. De Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk: achtergronden en methoden. *Huisarts en Wetenschap* 1991; 34(2): 51-61.
11. Foets M, Sixma H. Een Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport gezondheid en gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie. Utrecht: Nivel, 1991.
12. Bensing JM, Schreurs K. Sexever verschillen bij moeheid. *Huisarts en Wetenschap* 1995; 38: 412-21.
13. Zaat JOM, Schellevis FG, Kluij I, et al. Laboratoriumonderzoek in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap* 1992; 35: 183-7.
14. Knottnerus JA, Knipschild PG, Wersch JW van, Sijstermanns AHJ. Onverklaarde moeheid en hemoglobinegehalte; een onderzoek vanuit de huisartsenpraktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 1986; 130: 402-5.
15. Knottnerus JA, Knipschild PG, Wersch JW van, Sijstermanns AHJ. De betekenis van de ferritinebepaling in serum van gezonden en van patiënten met onverklaarde moeheid in de huisartsenpraktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 1986; 130: 2085-6.
16. Belza BL, Henke CJ, Yelin EH, Epstein WV, Gilliss CL. Correlates of fatigue in