3

In maten en soorten: de vele gedaanten van vermoeidheid

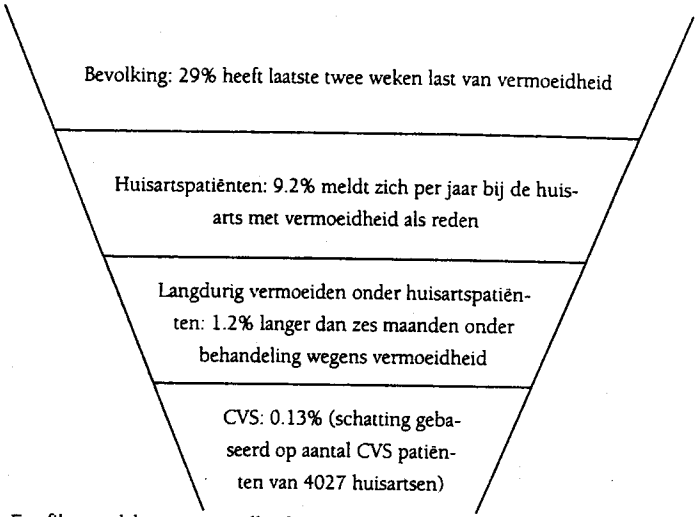
Karlein Schreurs, Monique Heijmans en Wilmar Schaufeli

3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is aangegeven dat vermoeidheid kort of lang kan duren en dat er zowel lichamelijke en psychologische alsook sociale aspecten aan vermoeidheid zitten. In dit hoofdstuk ontrafelen we het fenomeen vermoeidheid nog verder en maken een onderscheid tussen verschillende soorten vermoeidheid. Als leidraad bij onze indeling borduren we voort op het onderscheid naar ernst en duur van vermoeidheid, zoals dat al in het tweede hoofdstuk aan bod kwam. Daarnaast sluiten we aan bij de historische lijnen die geschetst zijn in het eerste hoofdstuk en maken we een onderscheid naar vermoeidheid als gezondheidsklacht en vermoeidheid in de context van arbeidssituaties In dit hoofdstuk gaan we achtereenvolgens in op vermoeidheid in de bevolking, vermoeidheid onder huisartspatiënten, het Chronisch Vermoeidheids Syndroom, vermoeidheid bij chronisch zieken en vermoeidheid in de arbeidssituatie. In onze bespreking staan we stil bij het voorkomen, de oorzaken en risicofactoren van vermoeidheid en bij de wijze waarop mensen omgaan met deze vormen van vermoeidheid. Alvorens dit alles te bespreken, besteden we in de volgende paragraaf eerst aandacht aan het meten en classificeren van soorten vermoeidheid omdat cijfers over het voorkomen van vermoeidheid nauw samenhangen met de wijze waarop vermoeidheid is vastgesteld.

3.2 Het bepalen van vermoeidheid in soorten

Om een goed beeld te krijgen van de manier waarop de verschillende vormen van vermoeidheid zich tot elkaar verhouden, is het van belang zich te realiseren dat duur en ernst van vermoeidheid omgekeerd evenredig zijn aan de aantallen vermoeiden. Visueel kan men zich dit voorstellen als een trechter zoals in figuur 3.1 is te zien. De trechter begint vanzelfsprekend breed en eindigt smal. Om verder te komen in de trechter dient men verschillende 'filters' te passeren waarmee in dit geval een diagnostisch oordeel van de betrokkene zelf of van de (medische) beroepsgroep wordt bedoeld.



Figuur 3.1 Een filtermodel van vermoeidheid. Gegevens ontleend aan Foets & Sixma (1991), Kenter & Okkes (1999) en Bazelmans, Vercoulen, Swanink, van Weel, Van der Meer et al. (1999)

Het filtermodel laat zien dat veel mensen (29%) last hebben van vermoeidheid, maar ook dat deze vorm van vermoeidheid onder de bevolking doorgaans van voorbijgaande aard is en geen reden om de huisarts te consulteren. Verondersteld mag worden dat deze vorm van vermoeidheid minder invloed op het leven van betrokkenen heeft dan vermoeidheid die als klacht bij de huisarts gepresenteerd wordt (9,2% ofwel een derde van het aantal mensen dat op bevolkingniveau over vermoeidheid klaagt). Bij het merendeel van de mensen die met hun vermoeidheid naar de huisarts gaan, duurt deze niet langer dan vier weken. Slechts een klein percentage (ruim 10%) van degenen die de huisarts raadplegen is langer dan zes maanden onder behandeling van de huisarts voor hun vermoeidheid en nog minder mensen lijden aan de langdurige en ernstige vorm van vermoeidheid die met het Chronisch Vermoeidheidssyndroom (CVS) aangeduid wordt. Huisartsen geven aan dat ongeveer dertien van de duizend patiënten aan de criteria van de diagnose CVS voldoen. Wanneer CVS op een andere manier vastgesteld wordt, bijvoorbeeld door patiënten te ondervragen, leidt dit tot hogere cijfers (zie paragraaf 3.5).

Objectief of subjectief?

De gegevens in het filtermodel geven een beeld van het voorkomen van vermoeidheid naar ernst en duur. Maar op welke wijze wordt het voorkomen van deze verschillende vormen van vermoeidheid vastgesteld? In de voorgaande hoofdstukken is al aangegeven dat vermoeidheid een fenomeen is met verschillende facetten. Het meten van vermoeidheid is dan ook geen sinecure. In het klassieke inspanningsfysiologische en arbeidspsychologische onderzoek aan het begin van deze eeuw werd vermoeidheid gedefinieerd als de vermindering van

het prestatievermogen ten gevolge van de geleverde prestatie (zie hoofdstuk 1). Lange tijd is gezocht naar een manier om dit afgenomen prestatievermogen uit te drukken in een enkele maat of getal. Gezien de arbeidspsychologische achtergrond van dit onderzoek is het niet verbazingwekkend dat gestreefd werd naar een maat die niet beïnvloed wordt door subjectieve ervaringen. Wie de gewenste prestatie wil voorschrijven, moet in de bepaling daarvan niet afhankelijk zijn van de arbeiders die geacht worden deze prestatie te leveren. Een enkele maat voor afnemend prestatievermogen bestaat echter niet. Belasting leidt tot velerlei symptomen die niet uit één onderliggend biologisch mechanisme verklaard kunnen worden, waarmee het meten van vermoeidheid met een enkele fysieke indicator uitgesloten is. In de regel wordt vermoeidheid dan ook niet gemeten aan de hand van een enkel aspect. Een belangrijk onderscheid in het meten van vermoeidheid is dat tussen *objectief*, waarbij de mate van vermoeidheid 'van buitenaf' wordt geobserveerd en *subjectief*, waarbij men de persoon zelf aan het woord laat over zijn of haar vermoeidheidservaringen. In hoofdstuk 2 is al aangegeven dat objectieve en subjectieve metingen van vermoeidheid maar matig corresponderen. Hierna wordt dat verder besproken.

Objectieve metingen en hun beperkingen

Het vaststellen van de mate waarin iemand fysiek in staat is inspanning te leveren, behoort tot het domein van de inspanningsfysiologie. Doorgaans maakt men gebruik van gestandaardiseerde bewegingstests. Mensen lopen in een tredmolen of fietsen op de fietsergometer terwijl hartslag, bloeddruk en eventueel longcapaciteit gemeten worden. Ook laboratoriumbepalingen van het bloedsuikergehalte, schildklierhormonen, cortisol en rode bloedplaatjes kunnen aangeven of iemand tot meer of minder fysieke inspanning in staat is. Recentelijk is aan de Katholieke Universiteit Nijmegen een apparaat ontwikkeld waarmee vastgesteld kan worden hoeveel iemand beweegt. Deze zogeheten *actometer* wordt aan de enkel bevestigd en registreert het bewegingspatroon. Afname van fysieke activiteiten (doordat men zich vermoeid voelt) kan hiermee in kaart gebracht worden. De mate van vermoeidheid gemeten met deze actometer houdt bij patiënten met CVS gelijke tred met de mate waarin ze aangeven last van vermoeidheid hebben; bij gezonde proefpersonen en patiënten met Multiple Sclerose (MS) echter ontbreekt een dergelijke samenhang. Dat wil zeggen dat in het geval van CVS objectieve en subjectieve maten van vermoeidheid sterk corresponderen, terwijl bij gezonde mensen en MS-patiënten het objectief vastgestelde bewegingspatroon niet duidelijk gerelateerd is aan de beleving van vermoeidheid.

Het probleem van de geringe correspondentie tussen objectieve en subjectieve maten doet zich ook voor bij het meten van het vermogen zich mentaal in te spannen. Arbeidspsychologen proberen deze 'mentale inspanningscapaciteit' objectief in kaart te brengen met behulp van standaardtaken. Een taak, bijvoorbeeld sommen maken, wordt geruime tijd uitgevoerd terwijl de afnemende prestaties vastgelegd worden. Hierbij blijkt de prestatie afhankelijk van het soort taak: men presteert beter bij nieuwe en interessante taken. Ook het persoonlijk

belang speelt een rol. Proefpersonen die dachten dat ze aan een selectieprocedure deelnamen presteerden beter dan degenen die dachten dat ze uitsluitend aan een experiment deelnamen (Meijman, 1989). Dergelijke metingen zijn dus minder objectief dan doorgaans gedacht wordt. De resultaten zijn niet alleen afhankelijk van de mentale inspanningscapaciteit van de onderzochte maar ook van persoonlijke factoren zoals de motivatie voor de taak. Vermoeidheid vastgesteld met objectieve indicatoren loopt veelal niet parallel aan subjectieve vermoeidheidsgevoelens. Mensen taxeren hun fysieke en mentale toestand niet uitsluitend op grond van hun 'objectief' prestatievermogen, maar ook in het licht van de taken die hun te wachten staan. Voor een uitdagende, nieuwe taak waarbij men persoonlijk belang heeft, is men bereid een extra inspanning te leveren en wordt een verminderd prestatievermogen niet opgemerkt. Is de taak monotoon en staat er weinig op het spel, dan weegt het verminderde prestatievermogen zwaar door en voelt men zich meer vermoeid. Wil men bij de vaststelling van vermoeidheid aan deze aspecten recht doen, dan is men dus aangewezen op het subjectieve oordeel van het individu.

Het oordeel van het individu

Subjectieve vermoeidheidsgevoelens worden vaak gemeten met een enkele directe vraag, zoals 'Heeft u de laatste maand last gehad van vermoeidheid, dat wil zeggen dat u zich minder fit/energiek voelde?'. De formulering van een dergelijke vraag is van groot belang omdat de wijze waarop de vraag wordt gesteld een direct effect heeft op het antwoord. Een vraag waarin vermoeidheid omschreven wordt als 'zich moe gevoeld hebben' leidt tot twee keer zoveel bevestigende antwoorden als 'zich uitgeput gevoeld hebben'. Een ander probleem is dat bij het vaststellen van vermoeidheid met een enkele vraag er impliciet vanuit gegaan wordt dat vermoeidheid slechts een enkele component bevat. Zoals eerder betoogd heeft vermoeidheid echter fysieke, psychische èn sociale aspecten. Vragenlijsten bieden, in tegenstelling tot de enkele vraag, de mogelijkheid om die verschillende aspecten van vermoeidheid apart na te gaan. Veel gebruikte Nederlands instrumenten zijn de *Multidimensionele Vermoeidheids Index* (MVI; zie box 3.1). Met de MVI wordt zowel het ongedifferentieerde algemene gevoel van vermoeidheid vastgesteld als de lichamelijke en mentale vermoeidheid. Ook worden reductie in activiteiten en motivatie gemeten. Verschillende aspecten van vermoeidheid door arbeid kunnen worden vastgesteld met de *Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid* (VBBA, zie box 3.1) die vaak door ARBO-diensten wordt ingezet ten behoeve van de wettelijk verplichte risico-inventarisatie in bedrijven. Van belang voor vermoeidheid is in de eerste plaats de module 'vermoeidheid tijdens het werk', die uit zestien vragen bestaat en waarin werknemers moeten aangeven in hoeverre ze 'geestelijk moe' of juist 'geestelijk fris' zijn, en in hoeverre er sprake is van 'weerstand bij uzelf overwinnen om tot actie te komen' of 'zonder problemen tot activiteit komen'. Deze module meet vermoeidheid tijdens het werk dus niet alleen in de zin van regelrechte vermoeidheidsklachten, maar ook van een verminderde handelingsbereidheid. Daarnaast bevat de VBBA een module die de kwaliteit van

de slaap en de herstelbehoefte meet. Aldus kunnen ook werknemers worden geïdentificeerd die slaapproblemen hebben en die onvoldoende in staat zijn om te herstellen van de vermoeienissen op het werk. Tenslotte is de *Utrechtse Burnout Schaal* (UBOS, zie box 3.1) geschikt om de mate van *burnout* vast te stellen, een specifieke vermoeidheidstoestand die het gevolg is van hard werken waar weinig tegenover staat. De UBOS bestaat uit drie aspecten: 1) emotionele uitputting, dat wil zeggen het gevoel helemaal 'op' of 'leeg' te zijn vanwege inspanningen op het werk, 2) distantie, dat wil zeggen een afstandelijke, cynische, onpersoonlijke en weinig betrokken houding ten opzichte van het werk dat men verricht en de personen met wie men werkt, en 3) verminderde competentie, dat wil zeggen het gevoel dat men het werk niet meer goed aankan, geen zelfvertrouwen meer heeft en geen waardevolle dingen meer in het werk bereikt.

Box 3.1 Voorbeelden van vragen naar vermoeidheid

Multidimensionele Vermoeidheids Index (MVI) (Smets et al., 1995)
Ik voel me fit* (algemene vermoeidheid)
Lichamelijk voel ik me tot weinig in staat (lichamelijke vermoeidheid)
Ik zit vol activiteit* (reductie in activiteit)
Ik heb zin om allerlei leuke dingen te gaan doen* (reductie in motivatie)
Als ik ergens mee bezig ben, kan ik mijn gedachten er goed bij houden* (mentale vermoeidheid)

Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid (VBBA) (Van Veldhoven et al., 1997)
Ik vind het moeilijk me te ontspannen aan het einde van een werkdag (herstelbehoefte)
Ik kom meestal pas op een tweede vrije dag tot rust (herstelbehoefte)
Ik doe 's nachts vaak geen oog dicht (kwaliteit van de slaap)
Ik slaap naar mijn gevoel maar een paar uur (kwaliteit van de slaap)

Utrechtse Burnout Schaal (UBOS) (Schaufeli & van Dierendonck, 1999)
Ik voel me mentaal uitgeput door mijn werk (emotionele uitputting)
Aan het einde van een werkdag voel ik me leeg (emotionele uitputting)
Ik twijfel aan het nut van mijn werk. (distantie)
Ik maak me zorgen dat mijn werk me gevoelsmatig afstompt (distantie)
Ik weet de problemen op mijn werk goed op te lossen* (verminderde competentie)
In deze baan heb ik veel waardevolle dingen bereikt* (verminderde competentie)

* De antwoorden op deze vragen worden gespiegeld, dat wil zeggen dat men meer vermoeid is als met het *niet* eens is met de vraag.

3.3 Vermoeidheid in de bevolking

Hoe vaak komt het voor?

Vermoeidheid in de bevolking wordt doorgaans vastgesteld met een enkele vraag in grootschalige bevolkingsonderzoeken. Objectieve metingen en vragenlijsten zijn tot nu toe nauwelijks gebruikt. Een vergelijking van onderzoeken laat zien dat hoe specifieker de vraag is, hoe minder vermoeiden er gevonden wordt. Het aantal mensen dat aangeeft vermoeid te zijn, loopt uiteen van 7% tot 46%. De prevalentie – dat wil zeggen de mate waarin een verschijnsel voorkomt, hier dus vermoeidheid – is hoger wanneer de periode waarover naar vermoeidheid gevraagd wordt niet omschreven is. Ook antwoorden meer mensen bevestigend naarmate de omschrijving algemener is. Zo gaf 33% mannen en 46% vrouwen aan wel eens 'snel vermoeid' te zijn geweest. Omgekeerd vindt men minder vermoeiden bij verwijzing naar een beperkte periode en meer specifiek omschreven vormen van vermoeidheid: 7% van de bevolking blijkt 'de laatste maand altijd moe' te zijn en 9% vindt zichzelf 'de laatste twee weken overmatig vermoeid'. In het Nederlandse bevolkingsonderzoek dat in figuur 3.1 is genoemd, werd mensen verzocht van veertig klachten aan te geven of ze daar de laatste twee weken last van hadden gehad (Foets & Sixma, 1991). Vermoeidheid werd aangekruist door 38% van de vrouwen en 24% van de mannen. Vermoeidheid bleek na hoofdpijn de meest voorkomende klacht in de bevolking.

Welke mensen lopen risico om vermoeid te raken? Strikt genomen is het lastig om hierover op bevolkingsniveau uitspraken te doen. Soms, maar lang niet altijd, zijn oorzaken van vermoeidheid met uitgebreid lichamelijk en psychisch onderzoek aan te tonen. Dergelijke onderzoeken zijn echter tijdrovend en kostbaar en het uitzicht op harde conclusies is te gering om gebruik hiervan op grote schaal in bevolkingsonderzoek te rechtvaardigen. Wel kunnen uitspraken gedaan worden over de kans op vermoeidheid met behulp van onderzoek naar de kenmerken waarin vermoeiden zich van niet-vermoeiden onderscheiden. Deze kenmerken, risicofactoren genoemd, kunnen fysiek, psychisch of sociaal van aard zijn.

Lichamelijke risicofactoren

Degenen die last hebben van vermoeidheid vinden zichzelf minder gezond dan niet-vermoeiden en hebben meer gezondheidsklachten. Vooral in de hogere frequentie van vage fysieke klachten onderscheiden vermoeiden zich van niet-vermoeiden: lusteloosheid, duizeligheid, nervositeit, slapeloosheid en snel opgewonden zijn, komen veel vaker voor onder vermoeiden. Bij 'echte' lichamelijke klachten als bijvoorbeeld hoesten zijn de verschillen tussen vermoeiden en niet-vermoeiden minder groot. Vermoeidheid is een bijkomende klacht bij tal van aandoeningen. Wie kent er niet de aanhoudende vermoeidheid na een flinke griep? Ook bloedarmoede komt meer voor onder vermoeide mannen en vrouwen. Naast acute en voorbijgaande aandoeningen, gaan veel chronische ziekten

met vermoeidheid gepaard. Onder vermoeiden komen chronische aandoeningen anderhalf tot twee keer zo vaak voor en lijden meer dan twee keer zoveel mensen aan hartklachten, reuma en reumatoïde artritis, migraine en chronische maagkwalen (zie verder paragraaf 3.6). Naast lichamelijke klachten kunnen aspecten van de leefstijl de kans op vermoeidheid doen toenemen. Rokers die deze gewoonte weten te stoppen, verbazen zich vaak over hun toegenomen energie en velen beperken hun alcoholgebruik tot het weekend om doordeweeks geen last te hebben van de vermoeidheid die ook al na enkele glazen alcohol kan optreden. Tot nu toe is onbekend of voedingspatronen met vermoeidheid samenhangen, hoewel de populariteit van voedingssupplementen, mineralen en vitamines anders doet vermoeden. Wel komt overgewicht onder vermoeiden veel frequenter voor dan onder niet-vermoeiden.

Psychologische en sociale risicofactoren

Psychiatrische problematiek, psychische en psychosociale problemen dragen bij aan vermoeidheid. Bij 20% van de vermoeide mannen en bijna 30% van de vermoeide vrouwen is sprake van psychische of psychiatrische problemen. Vermoeiden staan veel meer onder druk, slapen onrustig, voelen zich vaker zenuwachtig en gespannen, nemen de dingen zwaarder op en hebben minder plezier in het leven en voelen zich vaker ongelukkig en neerslachtig. Vermoeidheid is ook een belangrijk symptoom van depressie. Verder hebben vermoeiden meer recente ingrijpende gebeurtenissen doorgemaakt zoals verhuizingen, veranderingen in sociale relaties en gezin of het overlijden van een dierbare. Ze rapporteren ook meer psychosociale problemen: een groter percentage vermoeiden heeft problemen met de wijze waarop men zichzelf ziet, met sociale contacten, financiën, huisvesting of werk en maakt zich zorgen over de toekomst, de eigen ontplooiingskansen en maatschappelijke veranderingen (Bensing & Schreurs, 1995).

Op sociaal vlak zijn vooral arbeids- en zorgtaken van belang. In de vorige hoofdstukken is reeds gewezen op de veranderde tijdsbesteding van de meeste Nederlanders. Door de toestroom van vrouwen op de arbeidsmarkt verliest het kostwinnersgezin terrein ten opzichte van het tweeverdienergezin. Vrouwen hebben naast hun onbetaalde zorgtaken in toenemende mate een betaalde (deeltijd)baan. Mannen willen meer betrokken zijn bij de opvoeding van hun kinderen en ruimen naast hun betaalde baan steeds meer tijd in voor onbetaalde zorgtaken. Het netto resultaat is dat zowel vrouwen als mannen in tweeverdienergezinnen meer tijd aan verplichtingen besteden dan hun seksegenoten in kostwinnersgezinnen. Daarnaast noopt deelname van beide ouders aan het arbeidsproces en het gegeven dat arbeid steeds vaker buiten kantooruren plaatsvindt, tot meer afstemming en coördinatie in de opvang van de kinderen en andere gezinstaken. Het moge duidelijk zijn dat deze toename van verplichtingen en afstemmingsproblemen de kans op vermoeidheid doet toenemen. Vermoeidheid komt echter ook veelvuldig voor onder mensen die niet aan het arbeidsproces deelnemen. Enerzijds hangt dit samen met een slechtere gezond-

heidstoestand, anderzijds kan het gevoel maatschappelijk uitgerangeerd zijn tot depressieve of andere psychische klachten leiden die op hun beurt weer aan vermoeidheid gekoppeld zijn. Vermoeidheid is dan ook zeker niet altijd een gevolg van een te grote belasting, maar kan evenzeer juist het gevolg zijn van verveling en van gebrek aan uitdagende activiteiten.

Box 3.2 Zijn vrouwen vaker moe?
In alle onderzoeken zijn de cijfers voor vermoeidheid onder vrouwen consistent hoger dan die onder mannen. Een hogere prevalentie bij vrouwen geldt niet exclusief voor vermoeidheid; de meeste gezondheidsklachten worden vaker door vrouwen geuit. Voor een klacht geuit wordt, moet deze opgemerkt worden. Vrouwen zijn in het algemeen gevoeliger voor lichamelijke signalen. Hiervoor zijn psychologische verklaringen (vrouwen mogen meer klagen en letten meer op hun kwalen), biologische verklaringen (menstruatie en zwangerschap dwingen vrouwen meer aandacht te schenken aan lichamelijke signalen) en sociale verklaringen (vrouwen zijn verantwoordelijk voor de gezondheid van het hele gezin en zijn dus meer gespitst op signalen dat de gezondheid wordt bedreigd) aangevoerd. Andere factoren spelen echter ook een rol. Zwangerschap en menstruatieproblemen leiden nogal eens tot vermoeidheid. Ook is gesuggereerd is dat het sekseverschil in vermoeidheid samenhangt met het gegeven dat vrouwen meer psychische problemen hebben dan mannen. In een Brits onderzoek onder meer dan vijftienduizend mensen kon dit echter niet bevestigd worden (Pawlikowska et al., 1994). Tenslotte verschilt de leefsituatie – het al dan niet buitenshuis werken en wel of niet samenwonen met een partner en/of kinderen – van vrouwen als groep van die van mannen. De sekseverschillen zijn veel kleiner wanneer vrouwen en mannen in dezelfde leefsituatie met elkaar vergeleken worden. Niettemin blijkt de dubbele belasting door betaalde arbeid en zorgtaken, met name bij vrouwen vaker tot vermoeidheid te leiden dan bij mannen. Kennelijk nemen vrouwen met jonge kinderen het leeuwendeel van de verzorging voor hun rekening; bij mannen speelt het hebben van jonge kinderen namelijk geen rol in het al dan niet vermoeid zijn (zie ook hoofdstuk 2).

Omgaan met vermoeidheid

Wat doen mensen om hun vermoeidheid te verminderen? In een Nederlands onderzoek is bij achtduizend mensen gedurende 21 dagen geregistreerd welke klachten ze hadden en welke maatregelen ze daarbij genomen hadden. De klacht vermoeidheid kwam bij 13% van de mensen voor, bij 75% van hen echter op minder dan vier van de 21 dagen. Rusten en vroeg naar bed gaan zijn de meest genoemde maatregelen die vermoeide mensen nemen. Ook slikken vermoeiden regelmatig medicijnen, praten ze met anderen over hun vermoeidheid, verminderen ze hun dagelijkse activiteiten, nemen meer beweging of juist ontspanning

en letten beter op eet-, drink- en rookgedrag. Opvallend is dat slechts een klein aantal vermoeiden ziek in bed blijft of de huisarts raadpleegt. Er is weinig bekend over de effectiviteit van deze zelfzorgmaatregelen. Een dutje lijkt effectief om vermoeidheid op korte termijn tegen te gaan zoals uit box 3.3 blijkt. Of dagelijkse dutjes ook op lange termijn gunstig uitpakken, is nog niet duidelijk. In een andere studie is aan vrouwen die zeiden langdurig vermoeid te zijn, gevraagd wat ze deden om vermoeidheid te lijf te gaan. Zelfzorgmaatregelen als slapen, vitamines slikken, voeding aanpassen en beweging nemen werd door zo'n tweederde van de vrouwen toegepast. Twintig procent probeerde haar vermoeidheid de baas te worden door afleiding te zoeken en zeven procent probeerde zichzelf te bemoedigen. In deze studie onder vrouwen van wie 80% samenwoonde en 60% jonge kinderen had, werd ook gevraagd naar de wijze waarop hun omgeving hulp zou kunnen bieden. Hoewel 90% zegt dat hun omgeving van hun vermoeidheid op de hoogte was, kon ongeveer een derde geen enkele manier noemen waarop haar omgeving zou kunnen helpen. De overigen zouden zich ontlast voelen als anderen meer verantwoordelijkheid nemen voor huishoudelijke taken, hen emotioneel steunen en minder beroep op hen doen.

Box 3.3 Iedereen een dutje?

De siësta van onze zuiderburen vinden wij noorderlingen vaak een uiting van het Bourgondische leven aldaar. Een copieuze middagmaaltijd gecombineerd met zomerse temperaturen zou bij iedereen de ogen doen dichtvallen, zo redeneren we. Uit onderzoek naar onze biologische klok is echter gebleken dat iedereen tussen twee en drie uur in de middag een dip kent ongeacht het klimaat en hetgeen er bij de lunch genuttigd is. Zou een dutje ook voor ons Nederlanders goed zijn? De eerste resultaten van experimenten zijn veelbelovend. Proefpersonen die rond twee uur 's middags een twintig minuten durend dutje mochten doen, voelden zich daarna minder slaperig en presteerden beter. Een dutje iets eerder op de middag als preventief middel tegen de middagdip, is minder effectief. Een dutje iets na twaalven heeft wel effect op het gevoel van slaperigheid en de motivatie later op de dag, maar niet op de prestatie. Een dutje kan ook verlichting geven wanneer we een nacht te weinig geslapen hebben. Bij een nachtrust van vier uur, helpt een dutje in de loop van de ochtend om die dag tot hetzelfde prestatieniveau te komen als na een normale nachtrust van zeven en een half uur. Een waarschuwing is hierbij op zijn plaats. Onze biologische klok laat het ons niet toe het dag-en-nacht ritme om te gooien: een nachtelijk dutje brengt in een verder slapeloze nacht, geen verlichting van de vermoeidheid (Hayashi, Ito, Hori, 1999).

3.4 Vermoeidheid bij de huisarts

Hoe vaak komt het voor?

In figuur 3.1 was te zien dat minder dan een derde van degenen die zich vermoeid voelen daarvoor ook de huisarts bezoekt. De deur van de spreekkamer vormt een filter waardoor slechts een klein deel van de vermoeidheidsklachten naar binnen sijpelt. In deze paragraaf wordt ingegaan op de fysieke, psychische en sociale achtergronden van dit filtermechanisme. Gebleken is dat het aantal vermoeiden onder huisartsbezoekers minstens 10% hoger is dan in de bevolking in het algemeen. In twee recente Nederlandse studies onder huisartsbezoekers antwoordde zelfs zestig procent bevestigend op de vraag of ze de afgelopen twee weken last hadden gehad van vermoeidheidsklachten. Daarbij gaat het niet om triviale klachten. Vermoeide huisartspatiënten voelen zich minder gezond en fit, hebben meer pijn, hun stemming is negatiever en ze komen minder toe aan hun dagelijkse bezigheden en sociale activiteiten dan huisartsbezoekers die zich niet vermoeid voelen. Desondanks brengt slechts 9% de vermoeidheidsklachten in de spreekkamer naar voren. Naast de aanwezigheid van vermoeidheid moeten een aantal voorwaarden vervuld zijn voor vermoeidheid als klacht bij de huisarts gepresenteerd kan worden. Ten eerste hangt het signaleren van vermoeidheidsgevoelens samen met de mate waarin iemand in het algemeen gevoelig is voor lichamelijke signalen en de mate waarin men daadwerkelijk aandacht kan besteden aan die signalen. Wie weinig uitdagende of stimulerende activiteiten heeft, merkt eerder vermoeidheid op. Een tweede voorwaarde voor het klagen over vermoeidheid bij de huisarts is dat vermoeidheid als abnormaal en problematisch wordt ervaren. Ook de omstandigheden waaronder vermoeidheid zich voordoet spelen een rol in de definitie van vermoeidheid als gezondheidsprobleem. Zo is gebleken dat het percentage ouderen dat vermoeidheidsklachten bij de huisarts uit niet in verhouding staat tot het grote aantal ouderen onder de vermoeide huisartspatiënten. Kennelijk definiëren ouderen hun vermoeidheid eerder als een ongemak dat bij het klimmen der jaren hoort dan als een klacht die bij de huisarts ter sprake gebracht moet worden. En wie een belastende baan met zorgtaken of andere veeleisende activiteiten combineert zal vaker geneigd vermoeidheid te zien als de onvermijdelijke keerzijde van een druk leven. De meeste mensen definiëren vermoeidheid pas als een probleem waaraan iets gedaan moet worden wanneer ze zich gehinderd voelen in het uitvoeren van hun normale taken. Maar ook dan zijn de meesten niet direct geneigd tot een huisartsbezoek; men probeert er eerst zelf iets aan te doen en gaat pas naar de huisarts als zelfzorgmaatregelen falen. Tachtig procent van de mensen die bij de huisarts klagen over vermoeidheid heeft daar langer dan een maand last van en zeventig procent van degenen die hun vermoeidheid met de huisarts bepreken voelt zich belemmerd in dagelijkse bezigheden. Psychische problemen lijken nogal eens op de achtergrond mee te spelen. Uit studies waarin huisartspatiënten die vermoeidheid als klacht presenteren vergeleken worden met patiënten die dit niet doen, is gebleken dat angststoornissen en depressies veel vaker zijn voorgekomen in het leven van vermoeiden en dat bijna 20% van de vermoeiden

depressief is op het moment dat zij de huisarts raadplegen (Cathébras et al., 1992).

Het oordeel van de huisarts

De klacht 'Dokter, ik ben zo moe', stelt de huisarts voor een lastig probleem. De patiënt voelt zich overmatig vermoeid en kent daarvan de oorzaken niet. Van de arts wordt verwacht dat hij of zij de oorzaken weet te achterhalen en bovendien passende maatregelen weet om vermoeidheid te verminderen. In een typisch vermoeidheidsconsult wordt de huisarts geconfronteerd met een verhaal dat gaat als volgt: "Sinds geruime tijd voel ik me erg moe. Ik zie er zelf geen reden toe en ik probeerde de raad van vriendinnen op te volgen door vitaminen en mineralen te nemen. Helaas blijf ik me moe voelen. Dokter, ik vind dat het zo niet meer verder kan en ik dacht dat u een bloedonderzoek zou uitvoeren om te zien of er niets met mij aan de hand is." (Feyen et al., 1994). Zoals in hoofdstuk 2 al bleek, kan vermoeidheid echter allerlei oorzaken hebben en zijn er nauwelijks diagnostische hulpmiddelen. Welke diagnosen stellen huisartsen bij vermoeide patiënten? In tabel 3.1 worden de diagnoses weergegeven die de arts gesteld heeft aan het eind van een huisartsbezoek of een reeks huisartsbezoeken naar aanleiding van vermoeidheidsklachten.

Tabel 3.1 Diagnosen bij de contactreden 'moe, ziektegevoel' (ontleend aan Lamberts, 1991)

Moe, ziektegevoel	29%
Virusziekte	9%
Hoge luchtweginfectie	5%
Geen ziekte	4%
Acute bronchitis	3%
Anemie	2%
Stresssituatie	2%
Werkproblemen	2%
Andere ziekten	< 1% per ziekte

Duidelijk is dat de arts in veel gevallen niet veel meer kan doen dan constateren dat de patiënt zich inderdaad vermoeid voelt. Artsen geven ook aan dat ze in 27% van de gevallen onzeker waren over hun diagnose. Opmerkelijk is dat de onzekerheid van artsen over de oorzaken van vermoeidheid er niet toe leidt dat patiënten de arts veelvuldig blijven bezoeken. Na het eerste consult waarin vermoeidheid wordt gepresenteerd wordt slechts bij een kwart van de volgende consulten vermoeidheid opnieuw als klacht gepresenteerd en het merendeel (86%) van de vervolgconsulten voor vermoeidheid is binnen een maand afgerond. Patiënten zien meer psychosociale componenten aan hun vermoeidheid dan artsen. In een Canadese studie gaf 67% van de vermoeiden aan dat zorgen

of problemen iets met hun vermoeidheid te maken hebben terwijl de arts dit slechts in 44% van de gevallen constateerde. Bij een derde van de consulten verschillen arts en patiënt van mening over de oorzaak van de vermoeidheid, waarbij de arts vermoeidheid vaker aan een fysieke oorzaak toeschrijft en patiënten vaker aan een psychische. Wat bepaalt nu of de huisarts vermoeidheid fysiek of psychisch duidt? Gebleken is dat andere klachten dan vermoeidheid hierin de doorslag geven. De huisarts onderkent eerder psychosociale componenten als de patiënt naast vermoeidheid ook andere psychische of psychosociale problemen uit; zijn er naast de vermoeidheid nog andere somatische klachten dan beoordeelt de arts de vermoeidheid nagenoeg altijd als lichamelijk. Bij het oordeel van de arts spelen ook sekse en leeftijd van de patiënt een rol. Bij mannen en ouderen zijn artsen sneller geneigd vermoeidheid als een lichamelijke klacht te interpreteren, terwijl ze bij vrouwen vermoeidheid eerder als een teken van depressie zien. Bij werkende en gescheiden patiënten daarentegen is de arts eerder geneigd vermoeidheid als een psychosociaal probleem te zien. Vermoeidheid stelt de huisarts voor de taak om zowel met het fysieke als psychosociale functioneren van zijn patiënten rekening te houden. Op de wijze waarop de huisarts dat kan doen, wordt in het volgende hoofdstuk ingegaan.

3.5 Het Chronisch Vermoeidheids Syndroom

Hoe vaak komt het voor?

Vermoeidheid wordt als chronisch beschouwd als het langer dan zes maanden aanhoudt. Chronische vermoeidheid is echter nog geen Chronisch Vermoeidheids Syndroom (CVS). Voor de diagnose van CVS dienen er naast de langdurige en ernstige vermoeidheid andere symptomen aanwezig te zijn. CVS is een zogeheten 'beschrijvende diagnose' (dat wil zeggen dat er geen oorzaak bekend is) die berust op consensus tussen wetenschappers en clinici over het patroon van klachten dat aanwezig dient te zijn om van CVS te kunnen spreken. Voor onderzoeksdoeleinden zijn diverse definities opgesteld, waarvan op dit moment de definitie van de Amerikaanse *Centers for Disease Control* de meest gangbare is (zie box 3.4). In deze definitie is CVS een toestand van voortdurende of telkens terugkerende lichamelijke en geestelijke uitputting die volgt op minimale inspanning, waarvan herstel onevenredig lang op zich laat wachten (dagen, weken of soms langer) en waarvoor geen lichamelijke verklaring gevonden kan worden. De uitputting verdwijnt niet door bedrust en leidt tot ernstige beperkingen in het dagelijks leven. Behalve vermoeidheid, die als belangrijkst klacht geldt, dienen ook andere klachten aanwezig te zijn. Indien een patiënt met recidiverende of persisterende vermoeidheid gedurende minstens zes maanden niet aan alle criteria van CVS voldoet, moet de diagnose 'idiopatische chronische vermoeidheid' gesteld worden.

Box 3.4 Criteria voor de diagnose CVS (ontleend aan Fukuda, Strauss, Hickie et al., 1994)

Zelfgerapporteerde, klinisch geëvalueerde, lichamelijk onverklaarde chronische vermoeidheid (langer dan zes maanden) die:

- niet het resultaat is van voortdurende inspanning,
- een nieuw of duidelijk begin heeft,
- niet aanzienlijk verbetert door rust
- heeft geleid tot forse afname van vroegere niveaus van beroepsmatig, sociaal of persoonlijk functioneren
- gekarakteriseerd wordt door tenminste vier van de volgende symptomen (langer dan zes maanden): zelfgerapporteerde beperkingen in het korte termijngeheugen of concentratieproblemen; keelpijn; gevoelige hals- of okselklieren; spierpijn of gewrichtspijn zonder zwelling of roodheid; hoofdpijn; slaapklachten; of malaise (na inspanning) die langer dan 24 uur aanhoudt.

Iets meer dan een op de honderd patiënten zijn bij de huisarts in behandeling voor vermoeidheid die langer dan zes maanden duurt. Geschat wordt dat de diagnose CVS gesteld is bij 0,13% van de Nederlandse huisartspatiënten (dat wil zeggen, iets meer dan 10% van alle patiënten die voor langdurige vermoeidheid onder huisartsbehandeling zijn). Lange tijd dacht men dat CVS een ziekte was die met name bij vrouwen uit de hogere sociaal-economische klassen voorkwam. Dat blijkt niet zo te zijn. Weliswaar is het merendeel (65%-81%) van de CVS-patiënten vrouw, maar CVS is geen typische vrouwenziekte. Bovendien komt CVS voor in alle sociaal-economische klassen. Verder is CVS niet aan een bepaalde leeftijd gebonden. Wel zijn er pieken in leeftijdsverdeling te onderscheiden waarin CVS vaker voorkomt. Bij vrouwen is dit in de leeftijdscategorie tussen 25-29 en 40-44 jaar, bij mannen is de piek in de prevalentie waarneembaar bij 35-39 jarigen. Op basis van gegevens uit Nederlands onderzoek wordt de gemiddelde leeftijd waarop de ziekte zich manifesteert geschat op circa 33 jaar.

Aard en gevolgen

Kenmerkend voor CVS is dat de symptomen een uiterst onvoorspelbaar en wisselend verloop hebben. De vermoeidheid verschilt veelal van de vermoeidheidsgevoelens die iedereen kent; patiënten voelen zich overvallen door onverwachte, intense gevoelens van vermoeidheid en uitputting (zie box 3.5). Symptomen of uitvalsverschijnselen kunnen zich in tijd van minuten of uren ontwikkelen zonder dat hiervoor een oorzaak is aan te wijzen. Patiënten rapporteren beperkingen op het gebied van betaald werk maar ook op het vlak van alledaagse activiteiten als huishoudelijk werk, klussen in en om huis, het verzorgen van jonge kinderen, het onderhouden van sociale contacten en vrijetijdsbesteding. Ze hebben vaak last van slaapproblemen en moeite met concentreren. De

prognose is weinig hoopgevend. De meeste patiënten blijven extreem vermoeid, stoppen noodgedwongen met werken, trekken zich terug uit sociale contacten en zijn zeer aan huis gebonden. Herstel is niet uitgesloten; de kans erop is echter klein en vermindert naarmate de ziekte langer duurt. In Nederlands onderzoek was er in een periode van achttien maanden bij circa 20% van de patiënten een duidelijke vermindering van de klachten; slechts 3% herstelde volledig in deze periode. In een Australisch onderzoek waarin CVS-patiënten hadden deelgenomen aan verschillende behandelingen was 6% na drie jaar volledig hersteld. In een Noord-Ierse kliniek ging 18% van de patiënten vooruit en in een Engelse kliniek was 3% van de CVS patiënten na twee jaar volledig hersteld.

Box 3.5 De vermoeidheidservaringen van CVS patiënten
Een citaat uit Renate Dorresteins ziektebiografie *Heden ik* (1993, p. 14-15) laat zien hoe CVS-patiënten worstelen met de hen overrompelende vermoeidheid

"Op een winterse ochtend, ruim drie jaar geleden, werd ik wakker met het sensationele gevoel dat ik minstens twee liter sterke drank achter de knopen had. Dat was gek. In mijn herinnering had ik de vorige avond alleen maar duf naar een slechte aflevering van *Magnum* gekeken. Ik wist bijna niet hoe ik uit bed moest komen. Eenmaal in bed zeulde ik mezelf naar de keuken, waar ik constateerde dat de fluitketel tijdens de nacht in gewicht was verhonderdvoudigd (met mij was dus niets loos, er was iets mis met de dingen of met de zwaartekracht). Ik probeerde de ijskast te openen en werd overmand door de behoefte op de vloer neer te zinken en voorlopig niet meer op te staan. (...) Zes weken later was de toestand er alleen maar op achteruit gegaan. Ik moest inmiddels werkelijk al mijn klachten mobiliseren om op de been te blijven, en bijna elke ochtend kotste ik mijn hart uit mijn lijf."

Risicofactoren

Over de oorzaken van CVS tast men voorlopig nog in het duister. Onderzoekers zijn het er inmiddels over eens dat het onwaarschijnlijk is dat dit syndroom door slechts één factor zou worden veroorzaakt. Er bestaat consensus dat fysieke, psychologische en sociale factoren een rol spelen bij CVS en dat een zogeheten *biopsychosociaal* model nodig is om de ziekte te begrijpen. Bij zowel biologische, psychische als sociale factoren moet onderscheid gemaakt worden tussen factoren die het ontstaan van de klachten beïnvloeden en factoren die de klachten in stand houden. Patiënten zelf zijn vaak van mening dat hun klachten begonnen met een lichamelijke ontregeling: een acute infectieziekte, zwangerschap of operatie. Vaak wordt verondersteld dat een virale infectie een rol speelt bij het ontstaan van vermoeidheidsklachten, maar deze hypothese is niet bevestigd (Van der Meer et al., 1997). Evenmin blijkt een duidelijk verband te bestaan

tussen de gevonden immunologische afwijkingen en de ernst van het klinisch beeld (vermoeidheid, psychologisch welbevinden of functionele beperkingen). Stress wordt ook genoemd als een factor die een rol zou kunnen spelen in het ontstaan van CVS. CVS-patiënten zouden veel stress ervaren hebben voorafgaande aan het optreden van de vermoeidheidsklachten. Van stress is bekend dat het een negatief effect heeft op het functioneren van het immuunsysteem, zodat de afweer tegen infecties vermindert. Het is echter onduidelijk waarom nu juist CVS en niet een andere ziekte zou ontstaan na stress (Vercoulen et al., 1991). Wat betreft de psychologische factoren is verondersteld dat CVS een gemaskeerde depressie is. Hier bestaat echter weinig bewijs voor. CVS-patiënten blijken niet depressiever te zijn dan andere chronisch zieken. Bij CVS-patiënten bij wie wel depressieve symptomatologie is vastgesteld, blijken deze symptomen geen invloed te hebben op het verloop van de klachten die met CVS gemoeid zijn. De hoge frequentie van depressieve klachten onder CVS-patiënten lijkt eerder een gevolg dan oorzaak van CVS. Wel zijn er een aantal andere psychologische factoren die lijken bij te dragen aan de instandhouding of verergering van CVS. Het toeschrijven van CVS aan een lichamelijke oorzaak terwijl er geen lichamelijke oorzaak gevonden wordt, leidt tot gevoelens van machteloosheid en somberheid en versterkt de gedachte dat men zelf weinig invloed op de klachten kan uitoefenen. Ook het interpreteren van de symptomen als een gevolg van inspanning houdt de klachten in stand. Daardoor is de patiënt geneigd lichamelijke activiteit te vermijden waardoor de conditie achteruit gaat en nieuwe inspanning tot nog meer vermoeidheid leidt. Cognitieve gedragtherapie, die gericht is op het veranderen van deze cognities en gedachten lijkt voorlopig als enige behandeling succesvol te zijn (zie ook hoofdstuk 4).

Maatregelen

Het is niet gemakkelijk voor een CVS-patiënt om te bepalen wat de meest voor de hand liggende manier is om met de ziekte om te gaan. Bij gebrek aan een duidelijke oorzaak, bestaat er ook geen behandeling die de klachten doet verdwijnen. De ziekte duurt vaak vele jaren en patiënten met CVS moeten een evenwicht zien te vinden tussen hun behoefte aan rust en de behoefte om tenminste een aantal van hun dagelijkse activiteiten te blijven doen en sociale contacten te onderhouden. Rusten blijkt lang niet altijd tot een vermindering van vermoeidheid of andere symptomen te leiden. Door te veel rusten en te weinig inspanning gaat de fysieke conditie achteruit waardoor een volgende activiteit nog meer inspanning vereist en men nog vermoeider wordt. Actief blijven heeft een beter functioneren tot gevolg maar heeft als keerzijde dat patiënten vaak meer angst en spanning ervaren, terwijl toegeven aan het ziek zijn samen gaat met slechter functioneren maar minder gevoelens van angst en spanning oproept. Vermoedelijk is de beste manier van omgaan het handhaven van lichte vormen van activiteit zoals bijvoorbeeld wandelen. Om concentratieproblemen en vergeetachtigheid tegen te gaan, geeft het goed doseren en zoveel mogelijk plannen van rust en activiteit baat, ook al is dat in geval van CVS vaak moeilijk.

3.6 Vermoeidheid bij chronisch zieken

Hoe vaak komt het voor?

Vermoeidheid is een klacht waarmee veel chronisch zieken te kampen hebben en de kans op vermoeidheid is groter naarmate mensen meer chronische klachten hebben. Meer dan driekwart van de kankerpatiënten die chemo- of radiotherapie krijgen heeft last van vermoeidheid en bijna twee derde van de patiënten blijft zich ook na de behandeling nog moe voelen. Chronische vermoeidheidsverschijnselen worden gerapporteerd door zo'n 80% van de mensen met MS en meer dan de helft van de patiënten met reuma, de ziekte van Parkinson, het postpoliosyndroom of patiënten die een nierdialyse ondergaan. Ook andere chronische aandoeningen zoals astma en systemische lupus erythematosus gaan met vermoeidheid gepaard. Tenslotte lijkt langdurige, ernstige vermoeidheid vaak aan een hartinfarct vooraf te gaan en kan men zich na een infarct zes maanden of langer behoorlijk uitgeput voelen.

Aard en gevolgen

Chronisch zieken rapporteren vaak intense en ernstige vermoeidheid (zie box 3.6). De uitputtingsverschijnselen komen op zonder fysieke inspanning en zijn latent steeds aanwezig. De meeste chronisch zieken ervaren vermoeidheid niet uitsluitend als een lichamelijk gevoel, maar merken de vermoeidheid ook aan hun stemming, motivatie en gedrag. Fysiek voelen ze zich uitgeput of slaperig of ze voelen de vermoeidheid op bepaalde plaatsen in hun lichaam zoals een stijf gevoel in de schouders of trillende benen. Of ze voelen zich mat en lusteloos, hebben last van concentratie- en geheugenproblemen en voelen zich niet in staat helder te denken. Vermoeidheid heeft grote invloed op het doen en laten van chronisch zieken. Doodgewone activiteiten kosten veel energie, duren lang of kunnen helemaal niet meer gedaan worden. Taken op het gebied van de huishouding of de opvoeding moeten door partners, gezinsleden, vrienden of familie overgenomen worden en betaald werk wordt moeilijk. Sociale contacten nemen af, recreatieve activiteiten schieten erbij in. Het leven kan daardoor weinig stimulerend en saai worden, men gaat zich vervelen waardoor de kans op vermoeidheid nog groter wordt. Deze beperkingen kunnen leiden tot frustratie, snelle irritatie en ongeduld maar ook tot somberheid, depressiviteit en rouw. En het gevoel de vermoeidheid niet de baas te kunnen, kan een algeheel gevoel van hulpeloosheid, gebrek aan controle en lage zelfwaardering met zich meebrengen.

Box 3.6 De intense vermoeidheid van chronisch zieke patiënten
Een 55-jarige vrouw die chemotherapie krijgt nadat bij haar borstkanker is vastgesteld, beschrijft haar ervaringen als volgt: "Het is alsof je een wedstrijd gelopen hebt en uitgeput bent en ik bedoel echt uitgeput. Je bent helemaal leeg, je zou willen dat iemand weer bloed in je aderen pompt. Je weet wel, als een opwindbaar poppetje zou je opnieuw opgedraaid willen worden." (Ream & Richardson, 1997)

Representatief voor vermoeidheid na een hartinfarct zijn de volgende uitspraken. "Vermoeidheid betekent dat mijn hele zijn moe is. Die vermoeidheid penetreert de hele botstructuur; je voelt het tot op het merg van je botten. Het is totale fysieke vermoeidheid en daar bovenop nog een mentale vermoeidheid. Het is als een onderstroom die je denken ondermijnt. Je lichaam is uitgeput. De druk van vermoeidheid is altijd op de achtergrond aanwezig. Als ik rust zal de vermoeidheid me overweldigen." (Schaefer & Shober Potylycki, 1993)

Energie is kostbaar voor veel chronisch zieken, zoals een MS-patiënt aangeeft: "...Als je MS hebt, denk je altijd aan vermoeidheid omdat het iets is wat altijd aanwezig is. Zo sterk dat je, als je een aantal jaren MS hebt, je energie beschouwt als een kostbaar goed dat je uitgeeft zoals sommige mensen hun zuurverdiende centjes: een klein beetje hier en een klein beetje daar." (Stuifbergen & Rogers, 1997).

Risicofactoren

Veel vermoeidheidsklachten van chronisch zieken kunnen uit de ziekte of de behandeling daarvan verklaard worden; psychologische factoren als depressie en de wijze waarop ze met vermoeidheid omgaan spelen echter ook een rol (Piper, 1993). Vermoeidheid bij kanker, anorexia, infecties of koorts ontstaat door veranderingen in de energieproductie en energiesubstraten. Bij kanker spelen mogelijk ook factoren die de zuurstofopname beïnvloeden een rol, hoewel onderzoeksresultaten niet eenduidig zijn. Vermoeidheid kan het gevolg zijn van een opstapeling van afvalproducten zoals ureum bij nierziekten. Aantasting van de zenuwen of de neurotransmissie, de prikkeloverdracht in de zenuwen, kan eveneens leiden tot vermoeidheid en afname van spierkracht. Bij MS bijvoorbeeld vermoedt men dat er meer energie nodig is voor de overdracht van zenuwprikkels doordat het omhulsel van de zenuwen, de myelineschede, door de ziekte is aangetast. Er is echter geen verband gevonden tussen de ernst van zenuwaantasting en mate van vermoeidheid bij MS-patiënten. Soms zijn het medische behandelingen die bijdragen aan de vermoeidheid van chronisch zieken. Berucht zijn radio- en chemotherapie bij kankerpatiënten. Vermoeidheid neemt toe naarmate radiotherapie vordert en is het hoogst direct na een chemotherapiekuur (Smets, 1997). Vaak zijn patiënten er niet op voorbereid dat

vermoeidheid een bijverschijnsel is van de medische behandeling die ze moeten ondergaan. Vermoeidheid kan echter niet altijd of niet helemaal aan de lichamelijke toestand of de behandeling toegeschreven worden. Zoals gezegd is bij MS geen verband gevonden tussen de ernst van de aandoening en de mate van vermoeidheid. Dit blijkt ook niet het geval in de periode na een hartinfarct. Bij reuma daarentegen is toenemende vermoeidheid een van de signalen dat de ziekte weer de kop opsteekt Ook komen fysieke en psychische factoren in combinatie voor. Slaapproblemen kunnen de achtergrond zijn van vermoeidheidsklachten. Somatische factoren, bijvoorbeeld pijn bij reumapatiënten, maar ook psychologische aspecten zoals het zich zorgen maken over de toekomst kunnen hier debet aan zijn. Bij de verdeling van activiteit en rust over de dag heen zijn fysieke en psychische factoren eveneens van belang. Vaak komen chronisch zieken terecht in een vicieuze cirkel waarbij ze steeds minder activiteit gaan vertonen en meer immobiel worden. De activiteiten die ze ondernemen kosten dan steeds meer moeite en lijken steeds vermoeidheid met zich mee te brengen. Dit komt mede doordat het vermogen tot zuurstofopname van spieren afneemt wanneer ze weinig gebruikt worden.

Veel aandacht is besteed aan het verband tussen vermoeidheid en depressiviteit bij chronisch zieken. In studies onder chronisch zieke patiënten is gevonden dat degenen die het meest depressief zijn ook het meeste last van vermoeidheid hebben. Er zijn evenwel ook chronisch zieken die veel last van vermoeidheid hebben zonder zich depressief te voelen. Veel deskundigen zijn van mening dat vermoeidheid bij chronisch zieken voortkomt uit depressieve gevoelens die een reactie zijn op hun ziekte. Een chronische ziekte brengt verlies op allerlei terreinen met zich mee: lichamelijk ongemak en beperkingen betekenen het verlies van vitaliteit; de ziekte kan levensbedreigend zijn of de levensduur aanzienlijk bekorten; de toekomst moet men zich heel anders gaan voorstellen; alledaagse zaken als autorijden of spontaan ergens naar toe gaan kunnen vaak niet meer; sociale contacten kunnen afnemen. Verlies en rouw brengen depressieve gevoelens met zich mee en depressiviteit leidt weer tot vermoeidheid. Het verband kan echter ook in de omgekeerde richting liggen: depressiviteit kan een gevolg zijn van het zich alsmaar vermoeid voelen. Ook kunnen vermoeidheid en depressie beide het gevolg zijn van de stress en de praktische problemen die vaak het gevolg zijn van ziekte. Zaken als het regelen van hulpmiddelen of het moeten beslissen over medische ingrepen, doen een aanslag op het aanpassingsvermogen van mensen. Het idee hebben dat men op de een of andere manier de ziekte de baas is en een beroep kunnen doen op de sociale omgeving voor praktische hulp of emotionele steun kan vermoeidheid verlichten. Gebrek aan steun daarentegen kan een extra belastende factor worden.

Maatregelen

Net als gezonde mensen kunnen chronisch zieken trachten vermoeidheid te bestrijden met een gezonde leefstijl. Gezonde voeding, voedingssupplementen, veel vocht innemen en vermijden van alcohol zouden een rol kunnen spelen in

het bestrijden van vermoeidheid, maar over de effecten is nog maar weinig bekend. Een dutje doen of rust nemen is de meest voor de hand liggende manier om met vermoeidheid om te gaan en veel chronisch zieken doen dit dan ook regelmatig (zie box 3.3). Ontspannende activiteiten zoals praten met vrienden, wandelen of een autorit maken helpen veel chronisch zieken door hun periodes van vermoeidheid heen. Afleiding kan men ook vinden in activiteiten die geen beweging vergen. Lezen, naar muziek luisteren, spirituele activiteiten, kruiswoordpuzzels oplossen, aan prettige dingen denken of zingen kunnen de gewenste ontspanning verschaffen. Chronisch zieken gaan hun vermoeidheid eerder te lijf met rust dan met activiteiten. Activiteiten lijken echter effectiever te zijn in het bestrijden van vermoeidheid. In een studie onder vrouwen met borstkanker bleken patiëntes bijvoorbeeld minder last van vermoeidheid te hebben als ze drie keer per week minstens dertig minuten aan een van de hiervoor genoemde activiteiten besteedden. Ook beweging is voor chronisch zieken een belangrijk middel om vermoeidheid te lijf te gaan. Beweging doorbreekt de vicieuze cirkel waarbij de conditie steeds verder achteruit gaat doordat men weinig beweegt en de activiteiten die men nog onderneemt nog meer inspanning en energie kosten. Uit studies is gebleken dat chronisch zieken zich beter voelden als ze een aan hun mogelijkheden aangepast bewegingsprogramma volgden en dat effect bleef ook op de lange duur aanwezig. Mensen met MS hadden minder last van spiervermoeidheid bij een bewegingsprogramma in het water. Het advies om te bewegen is dus vaak nuttig, vooral omdat veel chronisch zieken geneigd zijn hun vermoeidheid juist met minder beweging te bestrijden. De hoeveelheid en intensiteit van beweging moet echter aangepast zijn, vooral bij MS-patiënten en mensen met het postpoliosyndroom heeft te veel of te fanatiek bewegen negatieve gevolgen. Naast rust, afleiding en beweging blijft zuinig omspringen met energie geboden. Veel chronisch zieken beperken zich tot strikt noodzakelijke activiteiten en vermijden overbodige inspanningen – ook al moet men om die reden soms een beroep doen op anderen. Het gebruik van hulpmiddelen en het reorganiseren van de omgeving kan uitkomst bieden. Niet zozeer de ernst van vermoeidheid motiveert chronisch zieken om er iets tegen te ondernemen als wel de mate waarin men zich beperkt voelt in dagelijkse activiteiten, sociale contacten en recreatieve mogelijkheden. Degenen die vermoeidheid beschouwen als een onvermijdelijk bijverschijnsel van de ziekte of behandeling, zijn minder geneigd tot zelfzorgmaatregelen. Veel van de strategieën om vermoeidheid te lijf te gaan ontdekken chronisch zieken zelf. Ze noemen lotgenoten en patiëntenverenigingen als de belangrijkste informatiebronnen in het leren omgaan met alledaagse klachten die de ziekte met zich meebrengt. Professionele hulpverleners hebben doorgaans weinig aandacht voor vermoeidheidsklachten bij chronisch zieken; zij beschouwen vermoeidheid veelal als een onvermijdelijk bijverschijnsel van de ziekte waaraan ze weinig kunnen doen.

3.7 Vermoeidheid in de arbeidssituatie

Hoe vaak komt het voor?

Van werken word je moe. Vermoeidheid is een normaal gevolg van het verrichten van arbeid omdat werken nu eenmaal energie kost. Het is een signaal dat behoedzaam moet worden omgesprongen met de reserves. Iedereen kent het gevoel van vermoeidheid dat meestal aan het einde van de werkdag optreed, of eerder wanneer we het bijzonder druk hebben of wanneer we lange tijd met een moeilijke of vervelende klus in de weer zijn. Paradoxaal genoeg kunnen mensen zich ook vermoeid voelen als ze niets om handen hebben of als hun werk erg eentonig is. Hoe vaak komt vermoeidheid in de arbeidssituatie eigenlijk voor? In het kader van het zogeheten *Periodiek BedrijfsGezondheidkundig Onderzoek* (PBGO) is in de loop der jaren door bedrijfsartsen aan zo'n twintigduizend werknemers uit allerlei beroepen de vraag 'Bent u vaak moe?' voorgelegd. Het ging daarbij nadrukkelijk om vermoeidheid als gevolg van werk. In tabel 3.2 staan de percentages werknemers die 'ja' op deze vraag hebben geantwoord, uitgesplitst naar leeftijd, geslacht en functieniveau.

Tabel 3.2 Vermoeidheid in de arbeidssituatie (in percentages)

Is vaak moe	Mannen			Vrouwen		
	Tot 30 jaar	30 –49 jaar	vanaf 49 jaar	tot 30 jaar	30-49 jaar	vanaf 49 jaar
Arbeiders	18%	23%	27%	28%	37%	40%
Lagere employés	11%	17%	24%	20%	28%	45%
Midden/Hogere employés	13%	15%	21%	26%	35%	33%

Uit tabel 3.2 komt naar voren dat vermoeidheid vaker voorkomt bij oudere dan bij jongere werknemers ongeacht hun geslacht. Dat wekt geen bevreemding omdat het ouderen in de regel meer inspanning kost om een zelfde arbeidsprestatie te leveren dan jongeren. Verder valt op dat vrouwen vaker vermoeidheid rapporteren dan mannen, een bevinding die overeenkomt met de meeste onderzoeken naar vermoeidheid (zie paragraaf 3.2). Tenslotte blijken zowel mannelijke als vrouwelijke arbeiders vaker last van vermoeidheid te hebben dan employees. Dit hangt waarschijnlijk samen met de slechtere arbeidsomstandigheden (zoals zwaar werk en onregelmatige werktijden) van deze groep. In dezelfde PBGO's is ook gevraagd naar vermoeidheid die niet na nachtrust verdwenen is. Tussen de 5% (mannen beneden de veertig jaar) en 14% (vrouwen boven de 40 jaar) van alle onderzochte werknemers geven aan dat dit het geval is. Nog een stap verder gaan bevindingen met betrekking tot *burnout*, een vorm van vermoeidheid waarbij emotionele uitputting een overheersende rol speelt en mensen het gevoel helemaal uitgeblust of 'opgebrand' te zijn. Het blijkt dat in

Nederland ongeveer 5% van diegenen die in sociale beroepen werken (gezondheids- en welzijnszorg en onderwijs) dermate sterke uitputtingsklachten hebben dat ze zich eigenlijk onder professionele behandeling zouden moeten stellen.

Hoe staat het nu met vermoeidheid in relatie tot andere klachten op het werk? Wordt vermoeidheid door werknemers als een belangrijk probleem gezien of komen andere klachten misschien veel vaker voor? Op deze vraag kan een omvangrijk onderzoek antwoord geven dat in 1996 in opdracht van de Europese Commissie is uitgevoerd bij circa zestienduizend werknemers in alle EU-lidstaten (Paoli, 1997). Bijna 30% van alle geënquêteerden gaf aan dat hun gezondheid te lijden heeft van het werk dat ze doen. De drie meest genoemde gezondheidsproblemen zijn respectievelijk rugpijn (30%), stress (28%) en algehele vermoeidheid (20%). Omgerekend betekent dit dat 9% van alle Europese werknemers last heeft van rugpijn, ruim 8% van stress en 6% van vermoeidheid. Dat houdt in dat van de in totaal 147 miljoen werknemers die de EU rijk is bijna negen miljoen aangeeft dat hun gezondheid te lijden heeft van vermoeidheid die optreedt als gevolg van het werk dat ze doen. Daarmee is duidelijk dat het om een omvangrijk probleem gaat.

Aard van vermoeidheid

Het is belangrijk om onderscheid te maken tussen 'normale' vermoeidheid die optreedt aan het einde van een werkdag en vermoeidheid die niet overgaat na nachtrust of een ontspannend weekend (zie ook hoofdstuk 2). In het eerste geval spreken we ook wel van acute vermoeidheid. Deze wordt waarschijnlijk aan het licht wordt gebracht door een bevestigend antwoord op de vraag 'Bent u vaak moe?', zoals in tabel 3.2 weergegeven. In het tweede geval spreken we over langdurige vermoeidheid die door de betrokkene geuit wordt als psychische klacht. Het is deze laatste vorm van vermoeidheid in de arbeidssituatie die centraal staat in deze paragraaf. Het is echter van belang te bedenken dat het onderscheid tussen acute en langdurige vermoeidheid gradueel is – vandaar dat we ook aan acute vermoeidheid enige aandacht besteden. In tabel 3.3 staan drie belangrijke verschillen tussen beide vormen van vermoeidheid weergegeven.

Tabel 3.3 Vermoeidheid in de arbeidssituatie (ontleend aan Meijman & Schaufeli, 1996)

Acute vermoeidheid	Langdurige vermoeidheid
Reversibel	Irreversibel
Taakspecifiek	Niet taakspecifiek
Compensatiemechanisme functioneel	Compensatiemechanisme niet functioneel

Het belangrijkste kenmerk van acute vermoeidheid is dat men ervan kan herstellen: acute vermoeidheid is *reversibel*. Werk vraagt inspanning en deze inspanning

brengt kosten met zich mee, maar door middel van herstel (rust, slaap, ontspanning) kunnen deze kosten weer worden terugverdiend. Het gaat daarbij zowel om fysiologische als psychologische kosten. Fysiologische kosten komen bijvoorbeeld tot uitdrukking in veranderingen in hormoonspiegels, hersenpotentialen en cardiovasculaire activiteit. Deze veranderingen leiden tot handelingsinsufficiëntie, oftewel het niet meer optimaal kunnen verrichten van de arbeidstaak; het werk gaat minder snel en nauwkeurig. Tijdens de herstelfase na afloop van het werk keren de fysiologische waarden terug naar hun normale niveau, wordt de handelingsbekwaamheid weer hersteld en kan weer als vanouds gepresteerd worden. Psychologische kosten komen tot uitdrukking in een groeiende weerstand die overwonnen moet worden om de arbeidsprestatie te blijven leveren. Deze weerstand wordt groter naarmate de dag vordert maar is na een rustperiode gewoonlijk weer verdwenen. Voor een van de grondleggers van de arbeidspsychologie – de Amerikaan Edward Thorndike – vormde deze aantasting van de handelingsbereidheid, of in zijn woorden *the intolerance of any effort*, de psychologische kern van de vermoeidheidsbeleving (Thorndike, 1900). Dat wil zeggen dat naast een aantasting van de handelings*bekwaamheid* ('ik *kan* niet meer') bij vermoeidheid ook een aantasting van de handelings*bereidheid* op ('ik *wil* niet meer') optreedt. Groeiende weerstand, desinteresse en irritatie zijn het gevolg. Vermoeid zijn betekent dus dat men geen energie meer kan en wil besteden aan de arbeidstaak. Bij acute vermoeidheid is dit proces reversibel vanwege het herstel dat optreedt. Bij langdurige vermoeidheid is dat niet het geval: er vindt onvoldoende herstel plaats door te weinig slaap, rust of ontspanning, zodat er een opeenstapeling van fysiologische en psychologische kosten ontstaat. Het gaat hier om een onomkeerbaar (irreversibel) proces; langdurige vermoeidheid blijft bestaan zolang er geen zeer ingrijpende maatregelen worden genomen (bijvoorbeeld ander werk zoeken) of er professionele hulp ingeroepen wordt. Langdurige vermoeidheid kan zeer ernstige gevolgen voor de gezondheid hebben. Zo heeft de Nederlandse onderzoeker Ad Appels bij ongeveer vierduizend gemeenteambtenaren in Rotterdam aangetoond dat de mate van *vitale uitputting* — een begrip dat min of meer met *burnout* overeenkomt — een goede voorspeller is voor het krijgen van een hartinfarct ruim vier jaar na dato, ook nadat er rekening was gehouden met andere risicofactoren zoals leeftijd, bloeddruk, roken en cholesterolspiegel (Appels, Mulder & Höppener, 1989).

Kenmerkend voor acute vermoeidheid is verder dat het *taakspecifiek* is: wordt van taak gewisseld dan vermindert de vermoeidheid. Werknemers worden moe van steeds maar hetzelfde routinematige werk; ze raken erop uitgekeken omdat het geen uitdaging meer biedt. Eentonigheid stompt af en maakt moe. Door tussendoor wat anders te doen kan vermoeidheid op het werk bestreden worden. Bij langdurige vermoeidheid daarentegen biedt ook het wisselen van taak of bezigheid geen enkel soelaas; de vermoeidheid blijft onverminderd voortbestaan. In plaats van taakgebonden zoals bij acute vermoeidheid, is bij langdurige vermoeidheid sprake van algehele vermoeidheid die niet afhankelijk is van het datgene wat men onder handen heeft.

Een derde belangrijk verschil tussen acute en langdurige vermoeidheid betreft de rol van zogenaamde compensatiemechanismen. Zodra acute vermoeidheid optreedt worden er compensatiemechanismen ingezet die bedoeld zijn als een soort zelfbescherming tegen verdere fysiologische en psychologische uitputting. Het meest voor de hand liggende compensatiemechanisme is om het wat kalmer aan te gaan doen en voorzichtiger met reserves om te springen. Zo blijkt uit arbeidspsychologisch onderzoek dat – niet verwonderlijk – vermoeide werknemers aan het einde van de werkdag hun werktempo verlagen en minder aandacht aan details besteden. Ook passen ze andere strategieën toe om hun doel te bereiken die minder moeite kosten. Door de manier van werken te veranderen wordt er een minder groot beroep op de reserves gedaan en kan men langer doorgaan. Bij langdurige vermoeidheid is echter iets heel anders aan de hand. Daar werken de compensatiemechanismen niet meer – het inzetten van andere strategieën helpt niet meer en het kalmer aandoen evenmin. Sterker nog, bij langdurige vermoeidheid is het probleem vooral dat de compensatiemechanismen niet meer worden gebruikt. Het gaat daarbij vooral om de nauwelijks meer te overwinnen weerstand tegen het leveren van inspanningen en het daarmee samenhangende motivatieverlies en de neiging zich mentaal terug te trekken. Is een dergelijke negatieve psychische toestand functioneel bij acute vermoeidheid omdat het een bescherming biedt tegen verdere uitputting, bij langdurige vermoeidheid vormt het chronische karakter van deze psychische toestand juist de kern van het probleem. Het zich uit zelfbescherming terugtrekken uit een veeleisende taakomgeving lijkt bij langdurige vermoeidheid als het ware zijn doel voorbij geschoten te zijn omdat het tot een algemeen en onomkeerbaar gedragspatroon is geworden. Het zich in psychologische zin terugtrekken uit het werk vormt samen met het gevoel mentaal uitgeput te zijn de kern van het zogenaamde *burnout*-syndroom. Naar dit arbeidsgebonden vermoeidheidssyndroom is de afgelopen twintig jaar veel onderzoek verricht; er zijn inmiddels enkele honderden studies over dit onderwerp verschenen.

Risicofactoren

Welke risicofactoren voor langdurige vermoeidheid in de arbeidssituatie zijn bekend uit wetenschappelijk onderzoek? De meeste onderzoeken hebben plaatsgevonden bij werknemers in de sociale sector, omdat het *burnout*-syndroom daar het meest voorkomt. Studies naar langdurige vermoeidheid in andere beroepsgroepen leveren echter in de regel soortgelijke resultaten op. In box 3.7 worden de belangrijkste risicofactoren samengevat.

Box 3.7 Risicofactoren voor langdurige vermoeidheid in de arbeidssituatie (ontleend aan Schaufeli, 1990 en Schaufeli & Enzmann, 1998)

Biografische kenmerken
- Hoge leeftijd
- Geslacht (vrouw)
- Lagere functies

Persoonlijkheid
- Geringe 'stressbestendigheid'
- Niet actief omgaan met problemen

Werkinhoud en organisatie
- Hoge arbeidsbelasting
- Geringe sturingsmogelijkheden
- Rolproblemen
- Gebrek aan sociale ondersteuning
- Geringe feedback

Reeds uit tabel 3.2 bleek dat acute vermoeidheid vaker voorkomt bij ouderen, bij vrouwen en bij werknemers in lagere functies. Dat beeld geldt in principe ook voor langdurige vermoeidheid, zij het dat enkele nuanceringen op zijn plaats zijn. Zo blijkt bijvoorbeeld dat vrouwen weliswaar vaker uitputtingsverschijnselen vertonen maar dat mannen zich meer psychologisch terugtrekken uit hun werk; ze zijn cynischer, onverschilliger en afstandelijker. Zoals hierboven aangegeven wordt langdurige vermoeidheid behalve door uitputting ook door distantie gekenmerkt. Waarschijnlijk heeft het verschil in *burnout*-klachten tussen mannen en vrouwen met geslachtspecifieke rollen te maken. Immers, in onze cultuur uiten vrouwen hun gevoelens (dus ook uitputting) makkelijker terwijl van mannen eerder een stoere en afstandelijke houding wordt verwacht. Dat vermoeidheid meer in lagere functies voorkomt dan in hogere komt waarschijnlijk omdat de arbeidsomstandigheden ongunstiger zijn. Zo nemen de sturingsmogelijkheden af naarmate de functie lager is. Een baliemedewerker kan niet zomaar even wat anders gaan doen als hij genoeg heeft van al die lastige klanten – zijn chef wel. Onderzoeken op het gebied van vermoeidheid en persoonlijkheid leveren een tamelijk eenduidig beeld op. Alhoewel er in de psychologie geen duidelijk omschreven persoonlijkheidstrek als stressbestendigheid bestaat, wijst onderzoek wel in de richting van een bepaald type persoonlijkheid dat vatbaar is voor langdurige vermoeidheidsklachten. Het gaat om mensen die emotioneel labiel en angstig zijn, over weinig zelfvertrouwen beschikken, die problemen niet als een uitdaging maar als een bedreiging ervaren en die het gevoel hebben dat niet zijzelf maar factoren buiten henzelf hun leven sturen. Een dergelijk persoonlijkheidsprofiel zou men met enige slagen om de arm 'weinig stressbestendig' kunnen noemen. Verder valt op dat werknemers die klagen over vermoeidheidsklachten problemen eerder uit de weg gaan dan ze actief aan te pakken en op te lossen. Hun probleemhanteringstijl is passief

in plaats van actief, hetgeen goed past bij het zojuist geschetste persoonlijkheidsprofiel.

De belangrijkste risicofactor die met de werkinhoud en organisatie te maken heeft is een hoge arbeidsbelasting. Daar zit een kwantitatief en een kwalitatief facet aan. Bij kwantitatieve belasting gaat het er om dat er veel werk verzet moet worden in korte tijd (werk- en tempodruk); bij kwalitatieve belasting gaat het vooral om te moeilijk en te ingewikkeld werk. De laatste jaren is vooral de mentale en emotionele arbeidsbelasting fors toegenomen ten koste van de fysieke belasting. Denk daarbij bijvoorbeeld aan het omgaan met grote hoeveelheden informatie (automatisering) en aan het werken met moeilijke en veeleisende mensen (agressieve klanten). Het feit dat werknemers weinig mogelijkheden hebben om hun werkomgeving naar hun eigen hand te zetten is een belangrijke risicofactor. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan geringe mogelijkheden om zelf het werktempo te bepalen of de volgorde van de werkzaamheden of de manier waarop er gewerkt wordt of de plek waar het gebeurt. Maar ook medezeggenschap en inspraak vallen onder sturingsmogelijkheden. Het ontbreken van mogelijkheden om besluitvorming op het werk te beïnvloeden werkt vermoeidheidsklachten in de hand. De kans op langdurige vermoeidheidsklachten neemt ook toe wanneer onvoldoende informatie aanwezig is om het werk goed te doen (rolambiguïteit; je weet niet hoe je je werk moet doen) of wanneer er tegengestelde eisen worden gesteld (rolconflict; wat je ook doet het is altijd verkeerd). Werknemers hebben in de regel behoefte aan hulp, steun en advies, met name van bovengeschikten omdat ze nu eenmaal niet alles op hun werk zelf kunnen oplossen. Onderzoek wijst uit dat gebrek aan sociale ondersteuning (vooral van de chef, maar ook van collega's) een belangrijke risicofactor vormt bij het ontstaan van langdurige vermoeidheidsklachten. Tenslotte blijkt dat *feedback* over de eigen werkprestaties erg belangrijk is met het oog op het al dan niet ontwikkelen van vermoeidheidsklachten. Bovengeschikten spelen hierbij een sleutelrol; zij kunnen voor de nodige duidelijkheid en zekerheid zorgen door regelmatig aan te geven op welke punten de werknemer wel en niet voldoet aan de gestelde criteria.

Hierboven zijn de belangrijkste risicofactoren voor langdurige vermoeidheid in de arbeidssituatie weergegeven. Alhoewel ze gescheiden behandeld zijn treden ze in de praktijk dikwijls in combinatie op. Krijgt een medewerker onvoldoende steun van zijn of haar chef dan is het bijvoorbeeld erg waarschijnlijk dat ook rolproblemen niet worden opgelost en dat er onvoldoende *feedback* aanwezig is. Verder is van sommige combinaties risicofactoren bekend dat ze elkaar versterken; een hoge arbeidsbelasting (hard moeten werken) gepaard met weinig sturingsmogelijkheden (geen invloed hebben) doet de kans op langdurige vermoeidheid onevenredig toenemen. Overigens blijkt uit onderzoek dat de persoonlijkheid van werknemers en hun biografische achtergrond er beduidend minder toe doen dan hun werkomgeving als het gaat om het verklaren van langdurige vermoeidheid. Niet alle risicofactoren zijn dus van even groot belang.

Maatregelen

De meest voor de hand liggende manier om met vermoeidheid op het werk om te gaan is een stapje terug te doen en wat meer afstand te nemen. Zoals we zagen is dit bij acute vermoeidheid functioneel; je teert dan minder in op je reserves omdat de fysiologische en psychologische kosten minder hoog zijn. Anders is het bij langdurige vermoeidheid, daar helpen dergelijke beschermingsmechanismen niet meer; de vermoeidheid is irreversibel waardoor rust en afstand nemen niet het gewenste effect meer hebben. Sterker nog, het verergert eerder de vermoeidheidsproblemen. Langdurig vermoeiden hebben vaak professionele hulp nodig. In de sfeer van de preventieve zelfhulp kunnen werknemers het een en ander doen om de kans op (langdurige) vermoeidheid te verminderen. De eerste stap daarbij is altijd her (h)erkennen van vermoeidheidsklachten: wanneer treden ze in het bijzonder op, bij welke gelegenheid, en op welke tijdstippen? Door *self-monitoring*, bijvoorbeeld door het bijhouden van een logboek kan men vaak patronen ontdekken (de vermoeidheid slaat bijvoorbeeld steeds in het midden van de week toe). Vanzelfsprekend is het van belang om het pauzeregime in de gaten te houden; hoe zit het met de lunchpauze en het koffiekwartiertje? In het algemeen is het in de hand houden van werktijden belangrijk bij de preventie van vermoeidheid. Het gaat echter niet alleen om de hoeveelheid tijd die er gewerkt wordt, maar ook om de manier van tijdsbesteding die inefficiënt en ineffectief kan zijn waardoor de werkdruk hoog kan oplopen. In zo'n geval is *time-management* de aangewezen manier om vermoeidheid te voorkomen (zie verder hoofdstuk 4).

3.8 Tot slot

Een derde tot de helft van alle volwassenen heeft wel eens last van vermoeidheid. Vermoeidheid gaat vaak gepaard met een slechtere lichamelijke en psychische gezondheid, met ongezonde leefgewoonten en hangt samen met de leefsituatie van mensen. Onder huisartspatiënten komt vermoeidheid nog vaker voor. Toch is vermoeidheid slechts bij weinig patiënten een aanleiding om de huisarts te bezoeken. Vaak wijt men de vermoeidheid aan een te druk leven en probeert men er door rust te nemen zelf iets aan te doen. Pas als de vermoeidheid langer aanhoudt, eigen maatregelen falen en men gehinderd wordt in het uitvoeren van de normale rollen en taken, gaan mensen naar de huisarts. Deze kan vaak geen duidelijke lichamelijke oorzaak vinden. Een klein percentage van de vermoeide huisartspatiënten is langer dan zes maanden vermoeid en een nog kleiner percentage lijdt aan CVS. De vermoeidheid van CVS-patiënten is vaak ernstig en intens. Hun leven wordt meestal ernstig ontwricht door hun klachten. Ook chronisch zieken hebben vaak last van ernstige vermoeidheidsverschijnselen. Veel patiënten komen terecht in een vicieuze cirkel waarbij ze minder doen omdat ze zich vermoeid voelen; vervolgens tast dit gebrek aan beweging de conditie aan waardoor men nog eerder vermoeid raakt. De geëigende maatregel bij acute, kortdurende vermoeidheid – rust nemen – werkt dus averechts bij langdurige vermoeidheid. Om deze reden moeten ook vraagtekens gezet worden

bij het advies te rusten en maar eens afstand van het werk te nemen dat overspannen werknemers nogal eens ontvangen. Mensen die langdurig vermoeid zijn, kunnen juist baat hebben bij een aangepast activiteitenpatroon. Soms is professionele hulp geboden. Dit komt in het volgende hoofdstuk aan bod.