(Sub)acute moeheid in de huisartsenpraktijk: een evidence-based benadering van deze klacht bij patiënten tot middelbare leeftijd

Lidewij Staessens, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Paul De Cort, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Achtergrond Moeheid is een frequente klacht binnen de huisartsenpraktijk. Het gaat meestal om een vage klacht waarbij verschillende lichamelijke, psychische of sociale oorzaken een rol kunnen spelen. De diagnostiek en behandeling vormen dan ook een uitdaging voor de arts.

Doel Met het onderzoek proberen we een inzicht te krijgen in de verschillende epidemiologische gegevens (leeftijd, geslacht, socio-economische status) van patiënten die zich presenteren met een klacht van moeheid die niet langer dan zes maanden bestaat (acute- en subacute moeheid) . Daarnaast hopen we een kwaliteitsbevorderend praktijkproject op te zetten door meer volgens de richtlijnen te kunnen werken. Tenslotte willen we kijken welke impact elke benadering op de patiënttevredenheid heeft.

Methode Initieel werd een literatuuronderzoek verricht om een inzicht te krijgen in de richtlijnen en bestaande gegevens over acute en subacute moeheid. Hiervoor werden de richtlijnen van NHG, Domus Medica en Clinical Knowledge Summaries geraadpleegd. Daarnaast werd ook Medline doorzocht met volgende zoektermen: fatigue, acute fatigue of acute moeheid en primary care. Tenslotte werden referenties geëxtraheerd uit reeds weerhouden artikels.
Vervolgens werd binnen de eigen huisartsenpraktijk een prospectief onderzoek opgestart. Patiënten tussen 18 en 50 jaar met niet langer dan 6 maanden bestaande vermoeidheidsklachten werden geïncludeerd. Met behulp van een vragenlijst werden verschillende gegevens geregistreerd met name de aard en de duur van de vermoeidheid, de opvattingen van de patiënt, de diagnose, de uitgevoerde onderzoeken en de behandeling. Ook een aantal epidemiologische gegevens zoals leeftijd, geslacht en gezinssituatie werden genoteerd. Tenslotte werd de patiënten gevraagd om een tevredenheidsvragenlijst in te vullen en anoniem terug te bezorgen.

Resultaten De literatuur met betrekking tot (sub)acute vermoeidheidsklachten is erg beperkt. Een aantal studies, hoofdzakelijk van dezelfde hand, blijken wel erg nuttig. Vermoeidheidsklachten zijn veelvuldig aanwezig binnen de populatie. Presentatie van dit probleem als hoofdklacht bij de huisarts gebeurt echter veel minder frequent. Bij een belangrijk deel van deze patiënten dient in eerste instantie geen verder bloedonderzoek te gebeuren en kan een maand afgewacht worden. Op deze wijze zou het grote aantal onnodige bloednames gereduceerd kunnen worden. Het welslagen van een dergelijke aanpak hangt nauw samen met een goede communicatie en het bevragen van de ideeën en de verwachtingen van de patiënten.
Het grootste deel van de gegevens uit de literatuur wordt ook bevestigd in ons kleinschalige praktijkonderzoek. Binnen de eigen praktijk kan het aantal bloedonderzoeken zeker nog verder gereduceerd worden. Een standaard schema voor de aanpak van een raadpleging voor (sub)acute moeheid zou in de toekomst kunnen geïmplementeerd worden. De invloed van deze nieuwe benadering op de patiënttevredenheid dient nog verder bestudeerd te worden.

Besluit
Veel mensen zijn moe doch slechts weinig van hen gaan specifiek voor deze klacht naar de huisarts. Een belangrijk deel van dergelijke vermoeidheidsklachten zijn psychosociaal bepaald of blijven onverklaard. Bij deze patiënten gebeuren nog te veel onnodige bloedonderzoeken. Een reductie hiervan is zeker een werkpunt binnen onze eigen praktijk. Een goede arts-patiëntcommunicatie en wederzijds begrip is hiervoor onontbeerlijk.

Inhoudstafel

Abstract……3

Inhoudstafel……5

Inleiding……7

Keuze van het onderwerp……7

Onderzoeksvragen……8

Literatuurstudie……8

Inleiding……8

Methodologie……9

Resultaten……9

Epidemiologie……9

Indeling van oorzaken van vermoeidheid……10

Diagnose……13

Verdere aanpak……18

Praktijkonderzoek……18

Methodologie……18

Resultaten……19

Epidemiologie……19

Diagnostiek……22

Behandeling……26

Resultaten tevredenheidsenquête……26

Discussie……26

Besluit……31

Referenties……32

Bijlage 1……34

Bijlage 2……35

Bijlage 3……36

Inleiding

Vermoeidheid vormt een vaak gepresenteerde klacht binnen de huisartsenpraktijk. Hierbij kan het gaan om moeheid als hoofdklacht doch frequent gaat het ook om een geassocieerde klacht. Volgens de literatuur zou 5 tot 30 procent van de patiëntenpopulatie dergelijke klachten vertonen. Echter niet iedereen gaat met dit probleem naar de huisarts.
Moeheid is een aspecifieke klacht. 'Ik ben zo moe' betekent niet voor elke patiënt hetzelfde. Er kunnen verschillende oorzaken aan de basis liggen. Deze kunnen zowel lichamelijk, psychologisch of sociaal van aard zijn. Het is voor een arts bijgevolg niet altijd gemakkelijk om tot een correcte diagnose te komen. Bovendien blijft de vermoeidheid in een derde van de gevallen onverklaard.
Ondanks de hoge prevalentiecijfers voor de algemene populatie zijn in de literatuur weinig richtlijnen te vinden met betrekking tot diagnostische - en behandelingsstrategieën voor deze klacht. Het eerste luik van dit onderzoek bestaat bijgevolg uit een literatuurstudie. Op deze manier trachten we tot een eigen leidraad voor de praktijkvoering bij de klacht moeheid te komen. Daarnaast werd in eigen praktijk een prospectief cohortonderzoek met registratie van verschillende epidemiologische, diagnostische en therapeutische gegevens gedaan. Hiermee proberen we een inzicht te krijgen in wie zich presenteert met de klacht moeheid. Wat is de prevalentie in onze eigen praktijk? Zijn er geslachtsverschillen? Wat verwachten de patiënten van hun huisarts? Welke oorzaken liggen aan de basis van de klachten? Welke verdere onderzoeken worden ingepland? Welke behandeling wordt ingesteld? Tenslotte werd in het kader van een kwaliteitsbevorderend project een anonieme tevredenheidsvragenlijst aan de deelnemende patiënten meegegeven.
De benadering van de klacht moeheid is verschillend naarmate het gaat om acute of langer bestaande vermoeidheidsklachten. Dit onderzoek beperkt zich tot de acute vormen. Bovendien wordt een leeftijdsinterval van 18 tot 50 jaar vooropgesteld. Bij ouderen zien we immers een veel breder diagnostisch landschap waardoor ook een andere benadering vereist is.

Keuze van het onderwerp

Als eerstejaars-HAIO merk je al snel dat niet alles binnen de geneeskunde even mooi afgebakend is. Binnen je leerproces ga je op zoek naar persoonlijke handelschema's om verschillende ziektebeelden en klachten op een correcte manier aan te pakken. Voor heel wat gevallen lukt dit ook vrij aardig, mede dankzij het bestaan van diverse richtlijnen. Toch zijn er ook veel zaken die niet gemakkelijk in een stroomdiagram te gieten zijn. Het gaat dan meestal om aspecifieke, meer subjectieve klachten. Het diagnostisch landschap is heel breed met zowel somatische, psychische als sociale oorzaken. Bovendien vind je vaak ook geen verklaring voor de klachten van de patiënt.
Moeheid is een voorbeeld van een dergelijk symptoom. Tijdens mijn eerste maanden als HAIO werd ik frequent geconfronteerd met deze klacht. Nadien bleef ik vaak met tal van

vragen zitten. Heb ik alles voldoende uitgediept? Heb ik voor de juiste diagnostische aanpak gekozen? Heb ik de patiënt wel voldoende geholpen?
Ik kon me wel voorstellen dat wanneer ik als arts met vragen bleef zitten, dit voor de patiënt hoogstwaarschijnlijk ook zo moest zijn. Ik wilde me dan ook verder verdiepen in dit onderwerp. Zo kan ik in de toekomst patiënten met deze klacht op een meer gestructureerde manier verder helpen zonder dat ik of mijn patiënt op onze honger blijven zitten.

Onderzoeksvragen

- Welke patiënten presenteren zich met een klacht van acute moeheid? Welk is de leeftijds- en geslachtsverdeling? Bestaan er socio-economische verschillen?
- Welke oorzaken liggen er aan de basis van deze klacht?
- Hoe kunnen we tot een meer gestructureerde evidence based benadering komen van een dergelijke raadpleging?
- Hoe is de patiënttevredenheid bij onze benadering in de praktijk?

Literatuurstudie

Inleiding

'Dokter, ik ben de laatste tijd zo moe' . Het is een vaak gehoorde klacht binnen de huisartsenpraktijk. Vijf tot twintig procent van de algemene populatie zou last hebben van vermoeidheidsklachten (1 , 2). Andere studies spreken van prevalentiecijfers tot 35 procent (3) of zelfs 45 procent (4). Niet iedereen gaat hiervoor ook daadwerkelijk naar de huisarts. Slechts vijf tot tien procent van hen kaart dit probleem aan bij de huisarts. (1, 3, 4, 5, 6). In een Nederlands onderzoek spreekt men over 18,5 nieuwe gevallen per 1000 ingeschreven patiënten. Vrouwen klagen vaker over vermoeidheid dan mannen (gemiddelde incidentie van 12,5 per 1000 voor mannen ten opzichte van 24,3 per 1000 voor vrouwen). (1) Voor België liggen deze incidentiecijfers lager met 10,71 per 1000 vrouwelijke en 5,03 per 1000 mannelijke ingeschreven patiënten. (8)
Moeheid is een subjectieve, aspecifieke klacht. Heel wat aandoeningen kunnen met vermoeidheidsklachten gepaard gaan. Daarnaast kunnen tal van psychosociale factoren een rol spelen. Het is voor de huisarts dan ook vaak een uitdaging om een verklaring te vinden. In ongeveer 1 op 3 gevallen wordt deze niet gevonden. (9, 10). In sommige studies zouden zelfs tot 70 procent van de vermoeidheidsklachten onverklaard blijven. (7) Door dit alles en door een gebrek aan duidelijke richtlijnen zakt de moed ons soms in de schoenen wanneer een patiënt met een vermoeidheidsklacht op raadpleging komt.
Door middel van een literatuuronderzoek wordt gezocht naar reeds bestaande richtlijnen en artikels om zo een inzicht te krijgen in de differentieel diagnose, de diagnostiek en de aanpak

van vermoeidheidsklachten die niet langer dan 6 maanden bestaan. De zo bekomen informatie kan dan in tweede instantie in een praktijkverbeterend project toegepast worden.

Methodologie

Initieel ben ik op zoek gegaan naar reeds bestaande richtlijnen over moeheid.
Bij Domus Medica en NHG leverde deze zoektocht weinig op. Bij de Clinical Knowledge Summaries kon één richtlijn weerhouden worden. Via Cebam vond ik tevens een Franstalige richtlijn (recommandations de bonne pratique).
Vervolgens ben ik via Medline en Cebam op zoek gegaan naar interessante reviews met betrekking tot het onderwerp. Zoektermen waren hierbij fatigue, acute fatigue of acute moeheid en primary care. Dit leverde een aantal artikels op.
Via reference tracking konden bijkomende teksten weerhouden worden. Tenslotte werd met dezelfde zoektermen succesvol gezocht via google scholar.

Resultaten

Epidemiologie

Wie is moe en wie komt met deze klacht naar de huisarts?
Zoals hierboven reeds aangehaald klaagt ongeveer 1 op 5 tot 1 op 3 mensen over vermoeidheid. (1, 2, 3, 4) Niet iedereen die moe is, gaat hier ook mee naar de huisarts. Slechts 6 procent van de mensen die vermoeid zijn, kaart dit probleem aan bij de dokter. Voor een standaard huisartsenpraktijk in Nederland (2350 ingeschreven patiënten) betekent dit dat zich ongeveer 66 patiënten (ongeveer 3 procent) per jaar presenteren met vermoeidheidsklachten. Bij ongeveer 63 van deze personen gaat het dan om (sub) acute moeheid. Er is een gemiddelde jaarprevalentie van 25,4 per 1000 ingeschreven patiënten. De gemiddelde incidentie bedraagt 18,5 per 1000 ingeschreven patiënten per jaar.
Vrouwen komen tweemaal zo vaak bij de huisarts met de klacht moeheid als mannen. (3) In België liggen de cijfers lager. In 2010 kwamen 10,28 per 1000 patiënten van de jaarlijkse contactgroep voor dit probleem op raadpleging. (8)
De piekleeftijd ligt voor vrouwen tussen de 15 en de 40 jaar. Daarna neemt de incidentie af om vanaf de leeftijd van 65 jaar terug te stijgen. (3) Ook in België zien we een gelijkaardige piekleeftijd doch daar zien we geen stijging van de incidentiecijfers op oudere leeftijd. (8)
Tenslotte blijkt dat ook een aantal socio-economische factoren een rol spelen bij het al dan naar de huisarts gaan met de klacht moeheid. Tewerkgestelden en studenten rapporteren meer vermoeidheidsklachten doch zij consulteren hiervoor minder vaak de huisarts dan mensen zonder dagbesteding. Ook hoger opgeleiden zijn vaker moe maar raadplegen hiervoor minder frequent een arts dan lager opgeleiden. (3)

De diagnose moeheid wordt het hele jaar gesteld, met iets meer patiënten in de herfst. De verschillen zijn echter klein. (tabel 1)

Tabel 1 (3)

percentage contacten voor moeheid

Zomer	1,2 % van de contacten
Herfst	1,3 % van de contacten
Winter	0,9 % van de contacten
Lente	1,1 % van de contacten

Indeling en oorzaken van vermoeidheid

Vermoeidheidsklachten kunnen op diverse manieren ingedeeld worden.

Er kan een onderscheid gemaakt worden op basis van de duur van de vermoeidheidsklachten. Wanneer de klachten niet langer dan één maand sinds het eerste consult bestaan, spreekt men van acute moeheid. Als patiënten langer dan zes maanden last hebben van vermoeidheid gaat het om chronische vermoeidheid. De fase tussenin wordt de subacute fase genoemd. (3,11). In dit artikel beperken we ons verder tot de acute - en subacute vormen gezien de verschillen in het diagnostisch landschap en de aanpak ten opzichte van chronische moeheid.

Daarnaast kunnen vermoeidheidsklachten ook ingedeeld worden op basis van hun onderliggende oorzaak. Hierbij kan een onderscheid gemaakt worden tussen fysiologische, somatische, psychosociale en onverklaarde moeheid.

We spreken van fysiologische moeheid wanneer zich een situatie voordoet die de normale balans tussen rust en activiteit verstoort. Voorbeelden hiervan zijn slaapstoornissen, overwerk of een jetlag. (9) Deze klachten verbeteren door voldoende rust en slaap. (10)
Bij somatische vermoeidheid ligt een lichamelijke oorzaak of een bepaald geneesmiddel aan de basis.
Wanneer het gaat om psychische aandoeningen zoals angststoornissen en depressie of belastende omstandigheden in de naaste omgeving zoals problemen op het werk of in de relatie spreekt men van psychosociale vormen. (9) (tabel 2)

Tabel 2

Indeling van vermoeidheid

	Aandoeningen	Kliniek
Somatische moeheid	• Infectieziekten: - viraal: hepatitis, mononucleosis infectiosa, HIV, bovenste luchtweginfectie, … - bacterieel: TBC, ziekte van Lyme, endocarditis, … • endocriene aandoeningen: - hypothyroidie: - hyperthyroidie: - diabetes mellitus: - ziekte van Cushing: • hart- en longziekten: - hartfalen:	Koorts, specifieke symptomen, algemene malaise, … gewichtstoename, bradycardie, haarverlies, obstipatie, koudegevoel, … gewichtsverlies, tachycardie, goiter, tremor, diarree, … polyurie, polydipsie, recidiverende infecties, paresthesieën, gewichtsverandering, … gewichtstoename, hirsutisme, dunne huid, spierzwakte, oedeem, … dyspnoe, malleolair oedeem, orthopnoe, hepatomegalie, …

	- angor:	pijn op de borst, verminderde inspanningstolerantie, nausea, …
	- COPD:	dyspnoe, hoest, (ex)-roker, wheeze, …
	• neuromusculaire aandoeningen	
	- polymyalgia rheumatica:	koorts, nachtzweten, gewichtsverlies, spieratrofie, spierpijn, gewrichtsstijfheid
	- MS:	neuritis optica, spieratrofie, parese, paresthesieën, spasticiteit, …
	- parkinsonisme:	tremor, dementie, bradykinesie, …
	- polyneuropathie:	paresthesieën, neuropathische pijn, fasciculaties, …
	• hematologische aandoeningen:	
	- anemie:	bleekheid, tachycardie, dyspnoe, …
	- auto-immuunziekten:	artritis, huidletsels, klierzwellingen, …
	• maligniteiten:	gewichtsverlies, klieren, specifieke tekens, …
	• nierinsufficiëntie:	polyurie, nycturie, malaise, nausea, oedeem, …
	• iatrogeen (medicatie):	

	• andere: - slaapapnoe:	 Snurken, niet uitgerust raken
Psychosociale moeheid	- depressie: - angststoornissen: - somatisatiestoornis:	Anhedonie, suicidegedachten, gewichtsveranderingen, gestoorde slaap, concentratiestoornissen, …
Fysiologische moeheid:	- jetlag - onvoldoende slaap - overdreven inspanning - zwangerschap - overwerk	

(9,10,12,13)

<u>Diagnose</u>

Zoals steeds begint de diagnostiek met een goede anamnese en een klinisch onderzoek. Daarnaast kan soms bijkomend onderzoek nodig zijn.

- Anamnese (1,9, 14, 15)

Door middel van een grondige anamnese kan men reeds een idee krijgen over de aard van de vermoeidheid. De anamnese vormt het voornaamste onderdeel in het differentieel diagnostisch proces.

Heel belangrijk is dat de arts zich ervan vergewist wat juist met de klacht moeheid bedoeld wordt. Wanneer dit voor de patiënt betekent dat hij nergens nog zin of interesse in heeft, kan dit in de richting van een depressieve stoornis wijzen. Als een persoon echter aangeeft dat hij niet uitgerust raakt en veel slaap heeft, dan is er misschien sprake van een slaapstoornis.
Naast de inhoudelijke betekenis voor de term moeheid is het aan te raden de 'ICE' van de patiënt te bevragen. 'ICE' is het acroniem voor Ideas, Concerns en Expectations. Wat denkt de patiënt zelf over zijn klacht en wat verwacht hij van de arts? De kennis hiervan kan bijdragen tot een adequate en aangepaste uitleg en geruststelling.
Een nauwkeurige omschrijving van de vermoeidheidsklachten is essentieel. Volgende kenmerken zouden bevraagd moeten worden: het begin (plots of gradueel), de duur, de intensiteit en de uitlokkende en beïnvloedende factoren.
De psychosociale context van de patiënt dient nagegaan te worden. Hoe is de thuis- en werksituatie? Bestaan hier problemen? Is er momenteel sprake van extra stressoren? Zijn er aanwijzingen voor een depressieve of andere psychische stoornis?
Een slaapanamnese dient ook steeds te gebeuren. Zijn er in- of doorslaapproblemen? Snurkt de patiënt?
Tenslotte zouden de geassocieerde klachten en de voorgeschiedenis bevraagd moeten worden. Ook geneesmiddelen zoals antihistaminica en antidepressiva kunnen vermoeidheidsklachten uitlokken. Nazicht van de medicatielijst (voorschriftplichtig en over the counter) is dus essentieel.

- Klinisch onderzoek (9, 14)

Op geleide van de anamnese volgt een gericht klinisch onderzoek. De bijdrage van een volledig lichamelijk onderzoek tot de uiteindelijke diagnose is gering. Wel zou het een rol kunnen spelen in de geruststelling van de patiënt. Ook krijgt de patiënt hiermee het gevoel dat de klachten voldoende serieus genomen worden. Bij ouderen (vijftigplussers) neemt het belang van een volledig klinisch onderzoek toe vermits somatische aandoeningen zich bij hen meestal met minder symptomen presenteren. Tevens is de voorafkans op somatische moeheid bij deze subpopulatie groter.

- aanvullend onderzoek

Wanneer de anamnese en het klinisch onderzoek in een welbepaalde richting wijzen, kan gericht aanvullend onderzoek gepland worden. Bij een vermoeden van slaapapnoe zal men bijvoorbeeld een slaaponderzoek plannen.
Aanvullend onderzoek is steeds nodig in geval van volgende alarmsymptomen (6,15):

- gewichtsveranderingen
- adenopathieën
- hemoptoë, dysfagie, rectaal bloedverlies, borstgezwel, postmenopauzaal bloedverlies
- focale neurologische tekens
- tekens van cardiorespiratoire aandoeningen
- tekens van artritis, vasculitis of bindweefselziekten
- slaapapnoe

Wanneer aanvullend onderzoek gepland wordt, gaat het meestal om een bloedonderzoek. In ongeveer zestig procent van de gevallen zal de huisarts reeds bij een eerste consult een bloedafname doen. (16, 18) Dit is zeker gerechtvaardigd wanneer anamnese en klinisch onderzoek in de richting van een welbepaalde somatische diagnose wijzen. Ook bij ouderen (65 - plussers) zal men sneller bloed trekken vermits de kans op somatische aandoeningen bij hun groter is. (6,17)
Wanneer bij jongere patiënten (jonger dan 65) klinisch en anamnestisch geen verklaring kan gevonden worden voor de vermoeidheidsklachten, wordt aangeraden een maand af te wachten alvorens een bloedonderzoek te plannen. (15, 19) De voorafkans op een somatische aandoening bij onverklaarde moeheid zou immers minder dan vijf procent bedragen waardoor er een groter risico op vals positieve resultaten bestaat. Wanneer toch een bloedafname gedaan wordt, beveelt men aan de aangevraagde tests beperkt te houden tot hemoglobine, sedimentatie, TSH en glucose. Dit wordt ook bevestigd in een recent Nederlands onderzoek: de VAMPIRE (VAgue Medical Problems In REsearch) studie. (16,19,20)

De Vampire studie: (20)

Het doel van deze gerandomiseerde studie was na te gaan of er bij patiënten met onverklaarde vermoeidheidsklachten een verband bestaat tussen afwijkende laboresultaten enerzijds en de uiteindelijke diagnose anderzijds. Tevens werd onderzocht of uitstel van dit bloedonderzoek een invloed heeft op deze eventuele relatie. Er werd dus gekeken naar de waarde van bloedonderzoeken bij patiënten met onverklaarde moeheid en dit zowel in de onmiddellijke als in de uitgestelde situatie.
Hiervoor werden 91 Nederlandse huisartsen gerandomiseerd in drie groepen. De eerste groep kreeg de opdracht om onmiddellijk labo-onderzoeken te plannen. In groep twee en

drie moest bloedonderzoek indien mogelijk één maand uitgesteld worden. De laatste groep werd hiervoor ondersteund vanuit een kwaliteitsbevorderende nascholing.
Het onderzoek vond plaats van februari 2002 tot december 2003. Patiënten ouder dan 18 jaar die zich met een nieuwe onverklaarde klacht presenteerden, kwamen in aanmerking voor inclusie. Een nieuwe onverklaarde klacht betekent in deze studie dat de patiënt in de laatste zes maanden niet voor dezelfde klacht bij de arts is geweest en dat er na een grondige anamnese en klinisch onderzoek geen diagnose kan gesteld worden.
Bij een bloedname, onmiddellijk of uitgesteld, werden steeds twee sets geprikt: een beperkte set (hemoglobine, sedimentatie, glycemie, TSH) en een meer uitgebreide set (alkalisch fosfatase, AST, ALT, $_{\gamma}$- GT, transferrine, transferrine saturatie, ferritine, creatinine, leukocyten formule, sedimentatie, glycemie, hemoglobine, kalium, LDH, TSH).
Van de 91 huisartsen bleven uiteindelijk 63 huisartsen over die samen 296 patiënten met nieuwe onverklaarde vermoeidheidsklachten includeerden. Zesentwintig huisartsen werden in groep één (onmiddellijke bloedname) gerandomiseerd. Via deze artsen werden 158 patiënten geïncludeerd en bij 146 van hen werd inderdaad bij de eerste presentatie een bloedonderzoek gedaan. Van de 138 patiënten uit de uitstelgroep werd bij 27 toch in de eerste raadpleging een labo-onderzoek uitgevoerd.
Slechts in acht procent (14/173) van de gevallen kon met behulp van onmiddellijke bloedtesten een somatische aandoening aangetoond worden. De uitgebreide set onderzoeken leverde slechts twee extra diagnoses op ten opzichte van de beperkte set. Hoe uitgebreider het aantal aangevraagde tests, hoe hoger het aantal vals positieven (38 in de beperkte set ten opzichte van 96 in de uitgebreide set). Wanneer bijgevolg meer tests aangevraagd werden, lag het aantal vals positieve resultaten 34 procent hoger, terwijl het slechts 1 procent (2/173) meer somatische diagnoses opleverde.
Van de 111 patiënten bij wie een bloedname uitgesteld werd, kwam slechts 20 procent (24/111) na één maand terug en bij 19 van hen werd in tweede tijd een labo-onderzoek gedaan. Ook bij hen kon in ongeveer acht procent (2/19) van de gevallen een lichamelijke aandoening gevonden worden. Het percentage vals positieve resultaten (6/19 in de beperkte set en 11/19 in de uitgebreide set) kon door uitstel van onderzoek niet gereduceerd worden, doch het absoluut aantal bloedafnames (19 vs. 173) lag fors lager. Meer vals positieve resultaten leiden tot meer onnodige onderzoeken en behandelingen en meer angsten bij de patiënt. Uit de Vampire studie blijkt dan ook dat het gerechtvaardigd zou zijn om bij de diagnostiek van onverklaarde moeheid het bloedonderzoek één maand uit te stellen en het aantal tests beperkt te houden. Op deze manier kunnen heel wat kosten voor onnodige onderzoeken vermeden worden en zullen minder patiënten nodeloos ongerust gemaakt worden.

Bij veel artsen gebeurt het bloedonderzoek echter niet enkel om diagnostische redenen. Vaak gaat men toch over tot een bloedname omdat de patiënt dit expliciet vraagt of ter geruststelling. Waarom en in welke situaties gaan artsen over tot een bloedonderzoek? Ook dit werd door het team van Helen Koch en Marloes Van Bokhoven onderzocht. Aan 27

Nederlandse huisartsen werd gevraagd om een registratieformulier in te vullen na het zien van patiënten met onverklaarde klachten (moeheid, abdominale klachten, musculoskeletale klachten). Er werden honderd patiënten in het onderzoek opgenomen waarbij in 59 procent van de gevallen een bloedonderzoek gebeurde. Gemiddeld werden tien tests aangevraagd. Artsen zouden volgens deze studie sneller overgaan tot een bloedonderzoek wanneer het onverklaarde moeheid betreft. Hierbij werd in 83 procent van de gevallen overgegaan tot een bloedname. Ook wanneer de klachten reeds langer dan een maand bestaan, indien er geen psychosociale verklaring voor de klachten kan gevonden worden en wanneer er geen syndroomdiagnose (bv. fibromyalgie) kan gesteld worden, gaat men sneller over tot verder onderzoek. (18)

Hoewel de aanbeveling van Domus Medica een afwachtende houding en een beperkt aantal testen aanraadt, blijkt dat dit in de praktijk zeker nog niet frequent toegepast wordt. De duur van de klachten blijkt uit voorgaand onderzoek wel al een rol te spelen bij de beslissing tot het al dan niet overgaan naar een bloedonderzoek, doch het gemiddeld aantal aangevraagde tests ligt nog vrij hoog. Dit blijkt ook uit een rapport van het kenniscentrum uit 2007. Vierenveertig procent van de labotesten aangevraagd door Belgische huisartsen voor moeheid blijkt niet geïndiceerd en niet aangeraden. Gemiddeld worden door hen negentien testen aangevraagd. (22)

Toch dienen we ons de vraag te stellen of een afwachtende houding wel aanvaardbaar is voor de patiënt. Welk zijn de verwachtingen van patiënten met vermoeidheidsklachten ten opzichte van hun huisarts?
Ook dit werd onderzocht. Zo werd een kwalitatieve studie opgezet bij zeventien huisartsen in vijf praktijken verdeeld over zowel stedelijke als landelijke gebieden. Deelnemende patiënten werden door een interviewer in de wachtzalen gezocht. Indien men vooraf aan de raadpleging een bloedname verwachtte en bereid was tot inclusie in het onderzoek, werd een vragenlijst afgenomen. Deze vragen waren vooral gericht naar de ideeën en verwachtingen betreffende de klacht, kennis over de waarde van bloedonderzoeken, invloeden van anderen hierop en de angsten van de patiënt.
In dit onderzoek bleek 26 procent van de patiënten voorafgaand aan hun raadpleging een bloedname te verwachten. Binnen deze groep patiënten heerst veel vertrouwen in labotesten in die zin dat een bloedonderzoek hen zou toelaten om ernstige aandoeningen in een vroege fase op te sporen. Deze mensen rekenen op een actieve aanpak van de arts zeker wanneer het gaat om onverklaarde klachten. De meeste van deze patiënten appreciëren het dan ook niet wanneer voor een afwachtend beleid wordt gekozen. De ideeën van hen blijken sterk beïnvloed door hun omgeving (vb. een kennis met een bepaalde aandoening) en door de media. (21)
Uit een ander onderzoek blijkt dat het al dan niet aanvragen van een bloedonderzoek weinig invloed heeft op de patiënttevredenheid. Hiervoor werden bij 498 patiënten twee vragen gesteld: ‘Hoe tevreden bent u over het bezoek dat u zojuist bracht aan uw huisarts?’ en ‘Hoe ongerust bent u na dit bezoek?’. Patiënten blijken meer tevreden over de raadpleging

wanneer ze ook meer tevreden zijn over hun huisarts. Tevens zou de patiënttevredenheid beter zijn wanneer de patiënt het gevoel heeft serieus genomen te worden, wanneer het al dan niet aanvragen van testen met hen besproken wordt en wanneer de patiënt de ernst van de situatie beter kan inschatten na de raadpleging. Patiënten zijn meer ongerust als ze dit voor de raadpleging al waren, als ze een verwijzing of bloedname verwacht hadden of wanneer een lichamelijk onderzoek verricht werd. (16)
De tevredenheid en ongerustheid van patiënten lijkt dus nauw samen te hangen met een goede arts-patiëntcommunicatie. Voor een goede patiënttevredenheid is het bijgevolg essentieel dat de arts zich vergewist van de verwachtingen en de ideeën van hun patiënt. (16, 21)

Verdere aanpak (1,11, 15)

Wanneer de diagnose gekend is, zal de verdere aanpak causaal zijn. Wanneer geen verklaring kan gevonden worden, zal in eerste instantie een afwachtende houding aangenomen worden. Als de klachten na één maand nog steeds aanwezig zijn en er ondanks bijkomende onderzoeken nog geen verklaring kan gevonden worden, blijkt een goede arts-patiëntcommunicatie eens zo belangrijk. Ook hier blijft het belangrijk te polsen naar de ideeën, verwachtingen en bezorgdheden van de patiënt. Men kan dan proberen de patiënt te betrekken binnen een bredere biopsychosociale benadering. De volgende adviezen kunnen in deze fase nuttig zijn:

- een gezond evenwicht tussen rust en activiteit
- een goede slaaphygiëne

Bij aanhoudende vermoeidheidsklachten (langer dan zes maanden) dient ook de mogelijkheid van het chronisch vermoeidheidssyndroom overwogen te worden. Deze patiënten worden voor een verdere oppuntstelling best verwezen naar de tweede lijn.

Praktijkonderzoek

Om een aantal gegevens uit de literatuurstudie met de eigen praktijk te vergelijken werd ook een praktijkonderzoek opgezet.

Methodologie

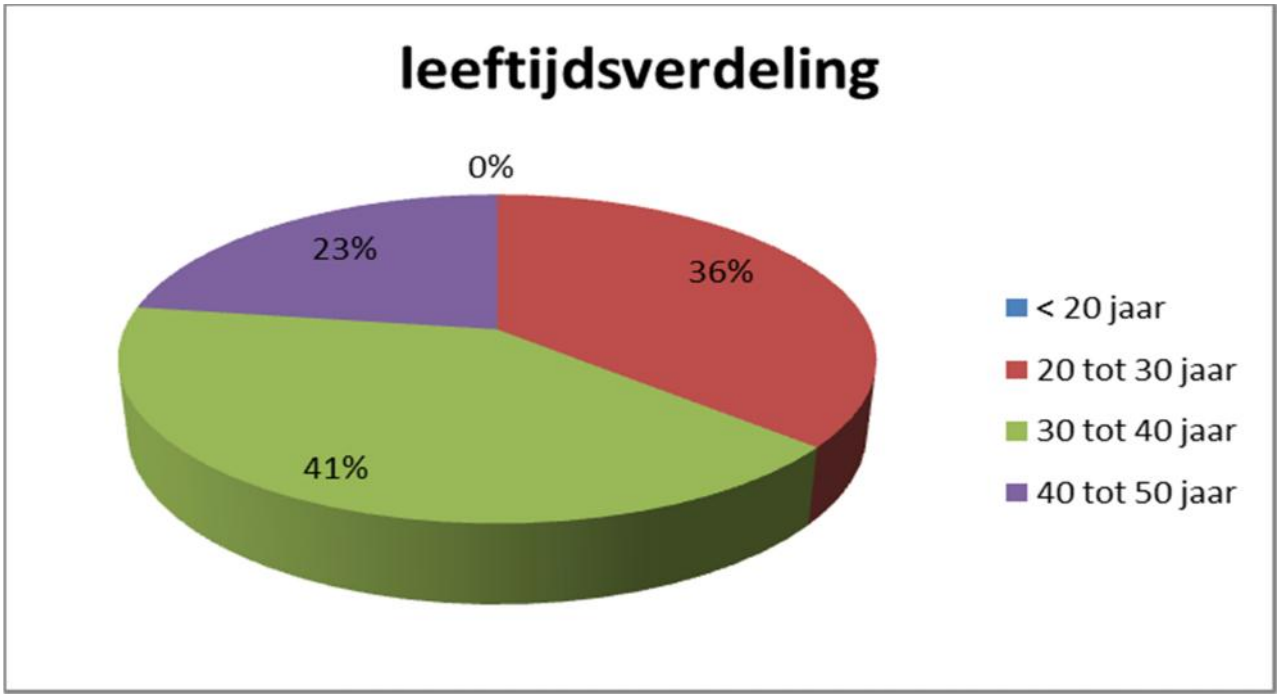
Het praktijkonderzoek liep van 15 juli 2012 tot en met 31 december 2012. Twee onderzoekers (de praktijkopleider en ik) werden bij het project betrokken. Aan patiënten tussen 18 en 50 jaar die zich in die periode bij ons met een niet langer als zes maanden

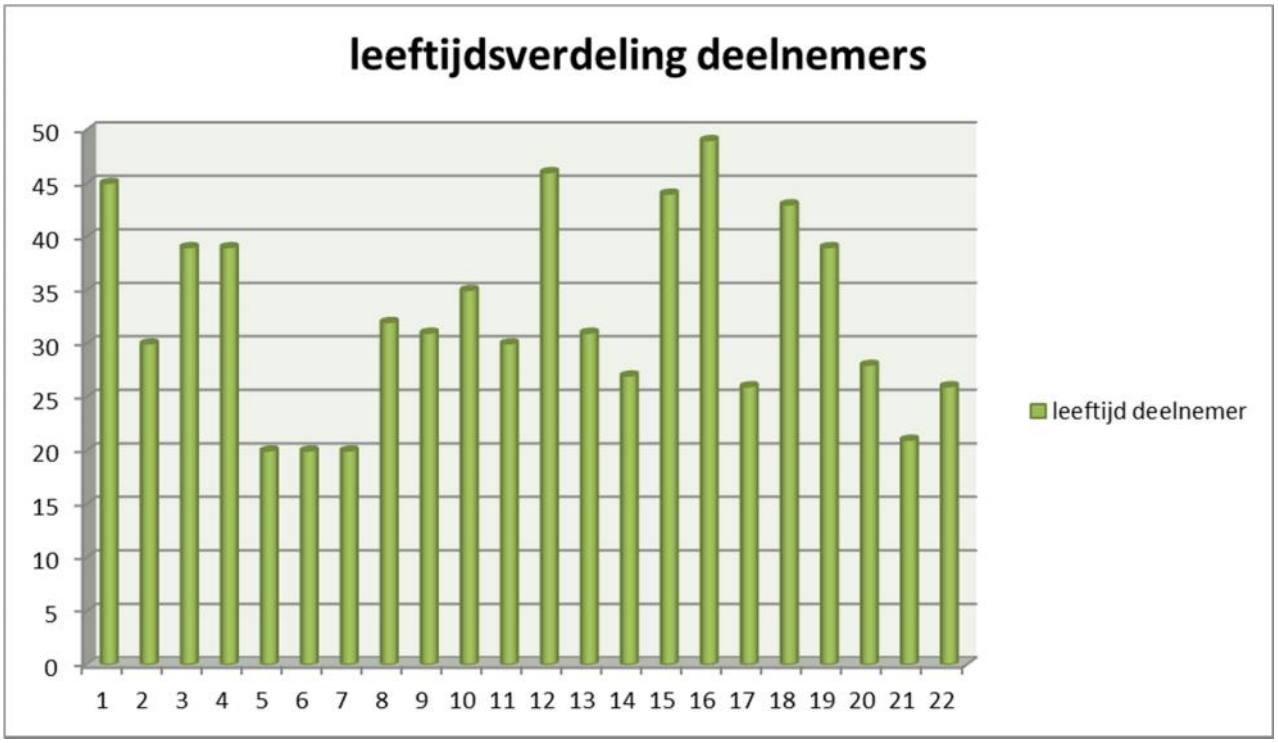
bestaande moeheid als hoofdklacht presenteerden, werd gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek. Zwangeren uit deze leeftijdscategorie werden uitgesloten. De doelstellingen van het onderzoek werden met de patiënten besproken en bij bereidheid tot deelname werd een informed consent (bijlage 1) ingevuld.
Voor elke deelnemende patiënt werd door de desbetreffende onderzoeker een vooropgesteld registratieformulier ingevuld (bijlage 2). Op deze manier werd voor iedereen een aantal socio-demografische, diagnostische en beleidsmatige gegevens verzameld. Het sjabloon werd op basis van de literatuurgegevens opgesteld. Er werd bewust geen gebruik gemaakt van reeds bestaande vermoeidheidsvragenlijsten gezien deze eerder gericht zijn op screening of het inschatten van de ernst of de impact van de klachten. Ze zijn erg omslachtig in gebruik en daardoor is het nut in de dagdagelijkse praktijk beperkt.
Tenslotte werd aan de patiënt een tevredenheidsvragenlijst meegegeven. (bijlage 3) Hierop werd via een codering aangeduid of er al dan niet een bloedname had plaats gevonden tijdens de eerste raadpleging. Deze vragenlijst moest ons anoniem terugbezorgd worden.

Resultaten

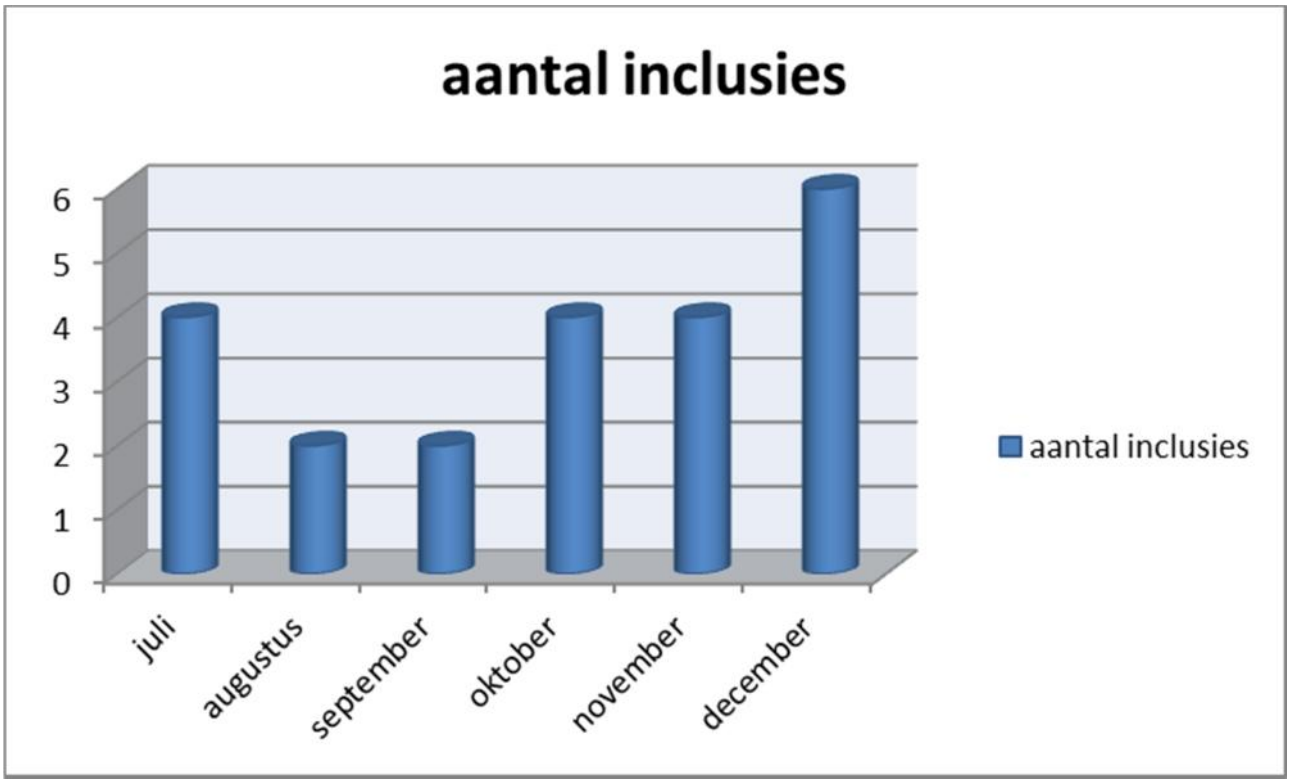
Epidemiologie

Er zijn 22 deelnemers in het onderzoek opgenomen waarvan twee mannen en twintig vrouwen (9,09 procent vs. 90, 91 procent). De jongste deelnemers zijn 20 jaar, de oudste is 49 jaar. De gemiddelde leeftijd voor de groep is 32, 77 jaar met een mediaan van 31 jaar. Bij mannen ligt de gemiddelde leeftijd op 37,5 jaar. Voor vrouwen is dit 32,3 jaar. Het grootste aantal deelnemers bevindt zich in de leeftijdscategorie 30 tot 40 - jarigen. Een overzicht van de leeftijdsverdeling zie je in de volgende twee grafieken:

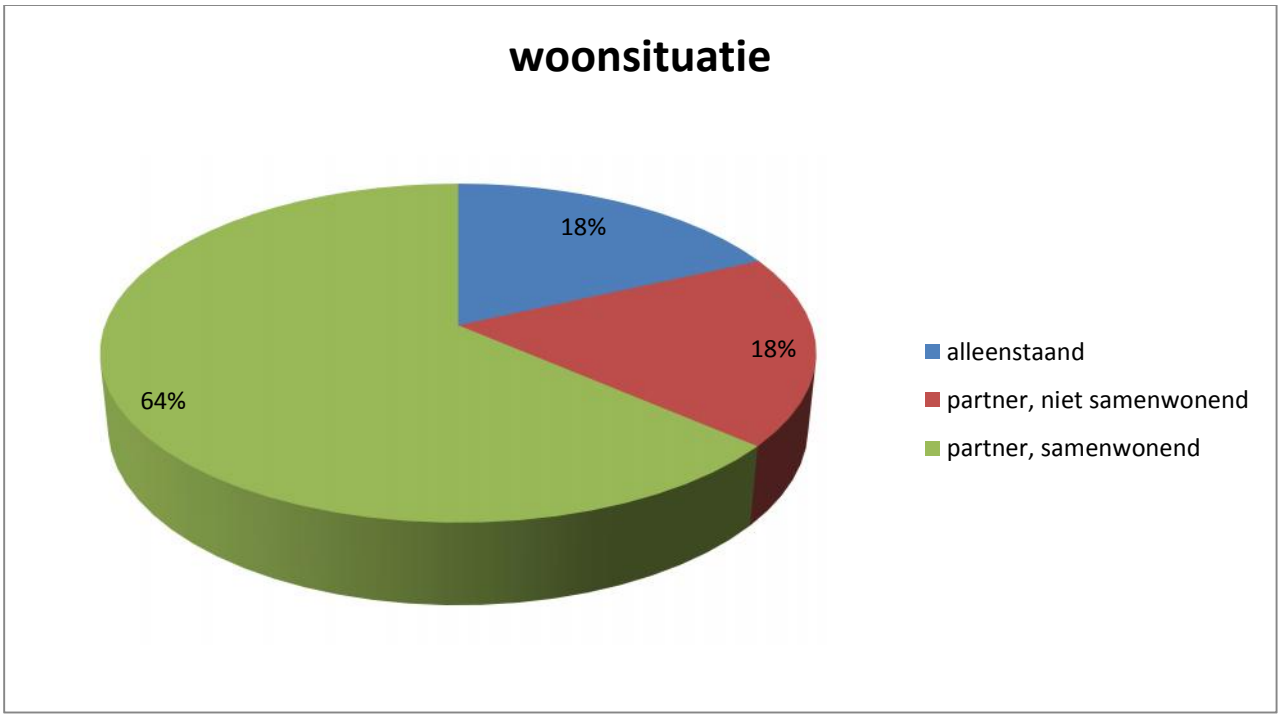


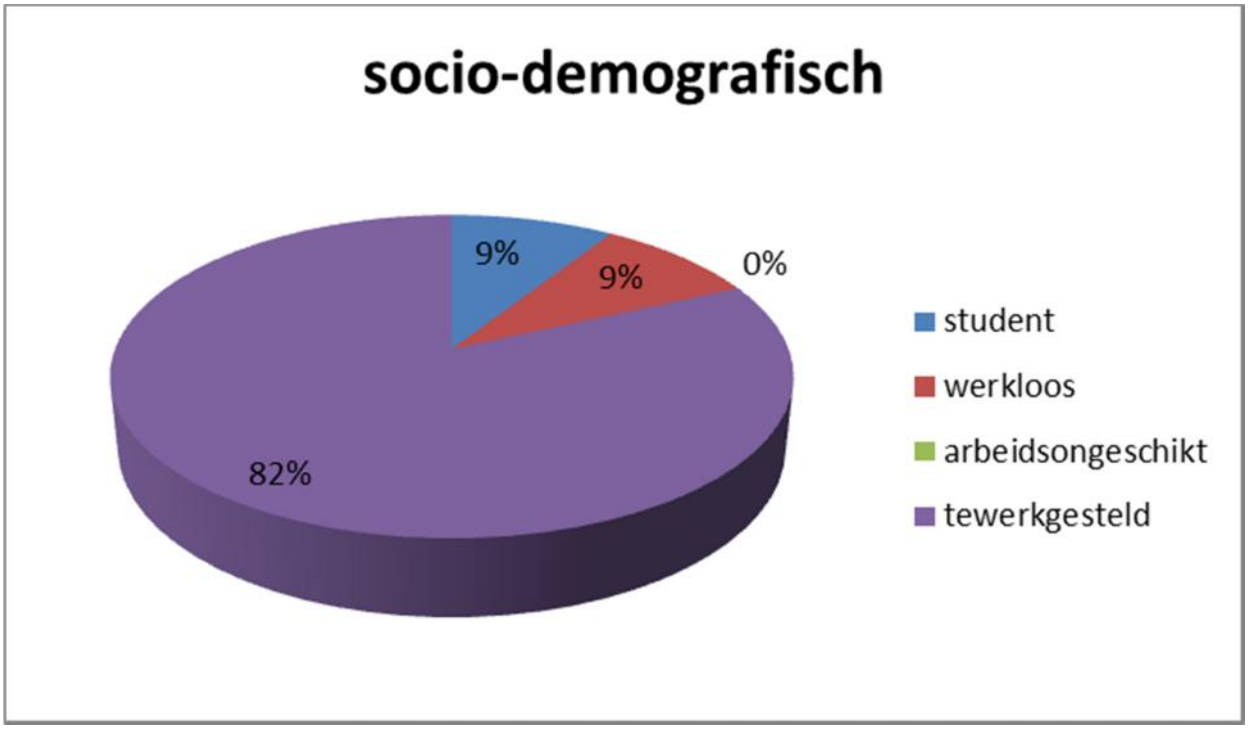


Het grootste aantal deelnemers (namelijk zes) kon in de maand december geïncludeerd worden. De rustigste maanden waren augustus en september met telkens twee patiënten.



Socio-demografisch zien we dat twee deelnemers nog studeren, twee personen zijn op het moment van het onderzoek werkloos en de overige achttien patiënten zijn tewerkgesteld. Hun jobs zijn erg variabel gaande van poetsvrouw tot winkelbediende tot ingenieur. Twaalf van de achttien tewerkgestelden zijn hoger opgeleid. Vijf personen blijken werkzaam in de zorgsector.
Er zijn vier alleenstaande en veertien samenwonende deelnemers. De overige vier personen hebben een partner maar wonen hier niet mee samen. Negen deelnemers hebben kinderen. Bij twee van hen is er sprake van een nieuw samengesteld gezin. Het aantal kinderen varieert van 1 tot 3.
Een grafische voorstelling van de socio-demografische gegevens kan u hieronder vinden:



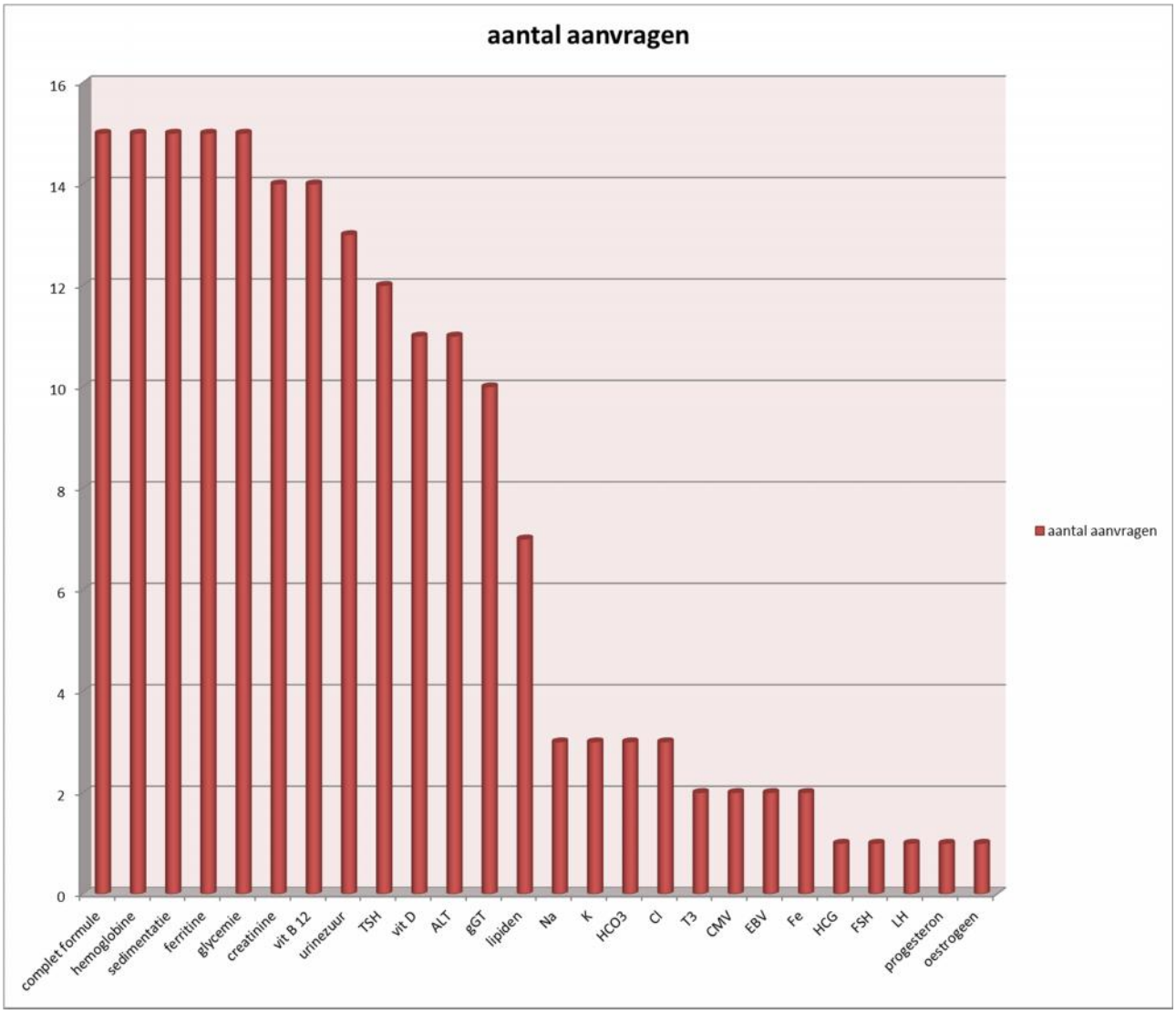


Diagnostiek

Er zijn in totaal vijftien bloednames gebeurd waarvan twee uitgestelde. Tijdens de eerste raadpleging is dus bij 13 van de 22 patiënten (59 procent) overgegaan tot een bloedonderzoek.
Het hoogste aantal aangevraagde tests bij één bloedonderzoek bedraagt negentien. Bij het meest beknopte onderzoek werden zeven tests aangevinkt. We zien een gemiddelde van 13,06 tests. Bij iedereen werd de completformule, sedimentatie, hemoglobine, ferritine en de glycemie onderzocht. Ook TSH, creatinine en vit B 12 zijn veel bepaalde tests. Andere aanvragen zijn EBV, CMV, HCG, vit D en levertesten.
Is er een reden waarom deze bijkomende tests aangevraagd worden?
EBV,CMV en HCG werden bij die patiënten bepaald die hierover hun bezorgdheid geuit hadden. Vrouwelijke hormonen hebben we bij één patiënte aangevraagd omdat anamnestisch bleek dat de klachten begonnen waren na het verwijderen van een spiraal. Bij zeven mensen vroegen we een lipidenprofiel. Dit werd meestal op vraag van de patiënt gedaan. Een aantal van hen wilde immers meteen een algemeen bloedonderzoek gezien er toch bloed afgenomen werd. Dit is ook de verklaring voor het bepalen van een aantal ionogrammen of levertesten. Ferritine werd bij iedereen aangevraagd ter screening naar ijzergebrek doch volgens de richtlijnen heeft dit alleen zin bij vrouwen. Bij de twee mannelijke deelnemers was dit dus overbodig. De bepaling van vit B12 of vit D gebeurde voornamelijk in het kader van een algemene bepaling van vitaminen en mineralen. Zowel vitamine B12 - en vitamine D - deficiëntie worden soms in verband gebracht met vermoeidheidsklachten. Voor een vitamine B12- tekort in combinatie met anemie is deze

relatie voldoende aangetoond. Bij een tekort zonder anemie is dit echter niet het geval. Ook voor het verband tussen een vitamine D – deficiëntie en vermoeidheid bestaan er voorlopig weinig bewijzen. Het standaard bepalen van zowel vitamine B12 als vitamine D bij vermoeidheidsklachten is dus eigenlijk niet nodig.

Bij de dertien onmiddellijke bloedonderzoeken waren acht normale onderzoeken. Voor één patiënt ging het om een ijzergebrek, bij een andere werd een bacteriële infectie aangetroffen. De drie overige patiënten vertoonden een vitamine D - deficiëntie.
De uitgestelde bloedname was bij één patiënt normaal. Bij de andere werd de diagnose klierkoorts gesteld.

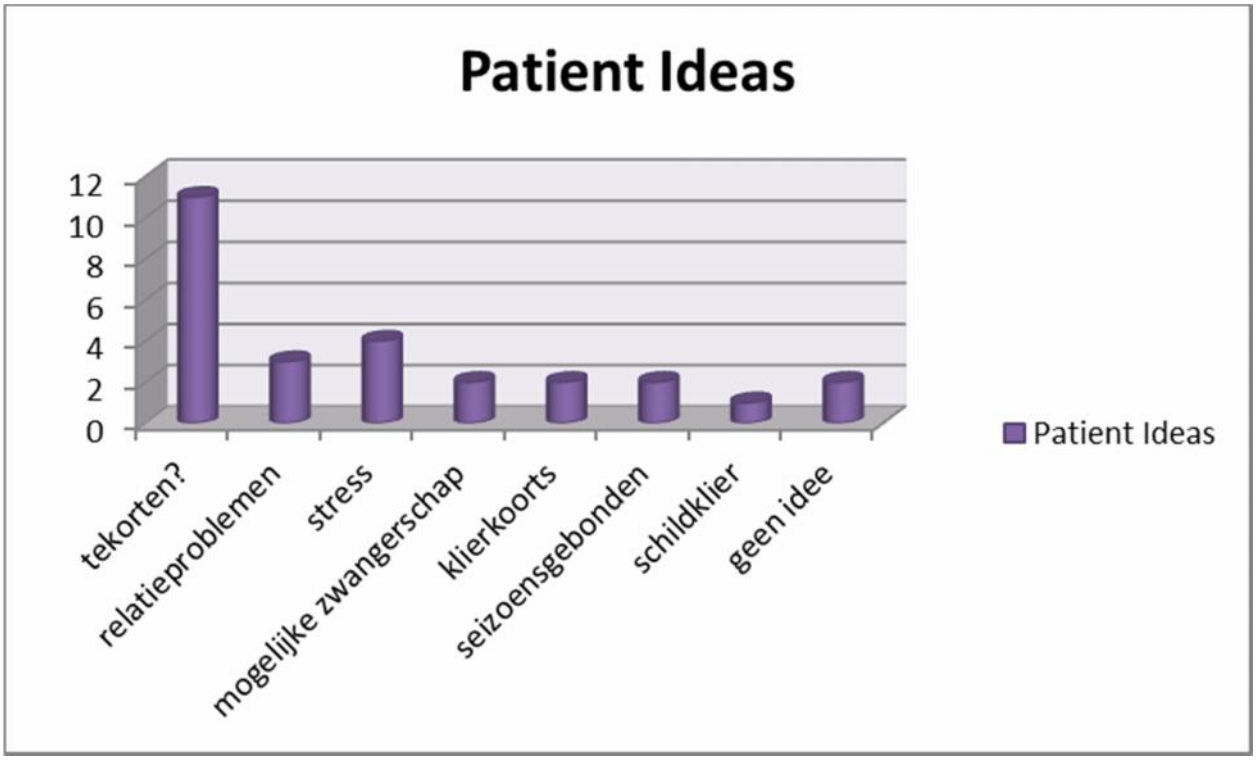


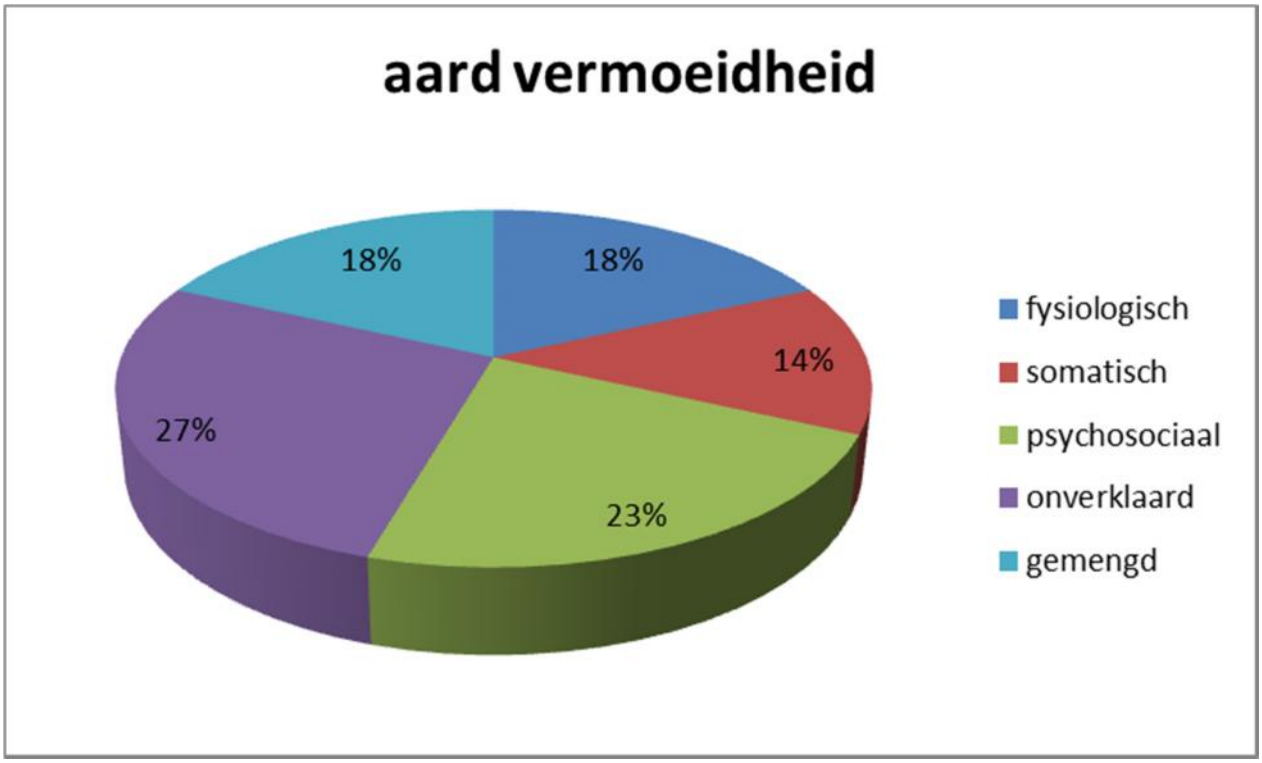
Hoeveel van de patiënten bij wie bloed getrokken werd, verwachtten ook een bloedname? Dit werd slechts voor 20 van de 22 deelnemers geregistreerd. Vijftien personen bleken een

bloedonderzoek te verwachten. Bij twaalf van hen gebeurde dit ook. Er werd dus bij drie deelnemers die wel de verwachting tot een onderzoek hadden geen bloedname gedaan. Omgekeerd werd toch bloed genomen bij drie patiënten die niet specifiek de vraag naar een bloedonderzoek hadden. Dit gebeurde onder andere omdat de arts een vermoeden van schildklierlijden had, wat niet bevestigd kon worden.

Wat zijn de eigen ideeën van de deelnemende patiënten met betrekking tot hun moeheid? Bij twee deelnemers werd dit niet bevraagd. Twee patiënten hadden er geen enkel idee van en vonden het de taak van de arts om dit uit te pluizen. Elf patiënten dachten dat de vermoeidheid te wijten was aan een tekort aan vitaminen of mineralen (vit D, vit B12, ijzer). Zeven deelnemers vermoedden een belangrijke invloed van problemen en stress thuis of op het werk. Tenslotte werd soms ook aan de mogelijkheid van zwangerschap of klierkoorts gedacht.

Om welke aard van vermoeidheid blijkt het uiteindelijk te gaan? Het meest frequent ligt er een psychosociale oorzaak aan de basis. Dit is zo bij vijf deelnemers. Bij drie van hen is er sprake van relationele problemen. Eén persoon heeft te kampen met belangrijke problemen op het werk en bij een andere deelnemer gaat het om een depressie. In vier gevallen betreft het een fysiologische vermoeidheid. Bij twee patiënten zien we slaapstoornissen. Bij de overige twee hebben we te maken met overwerk. Slechts bij drie patiënten hebben we een somatische diagnose weerhouden met name een ijzergebreksanemie, een infectie en klierkoorts. Bij vier deelnemers gaat het om een mengbeeld van somatische en psychische of fysiologische vermoeidheid. In zes gevallen blijven we zonder verklaring .
Een overzicht ziet u hieronder:


Patient Ideas
12
10
8
6
4
2
0
tekorten?
relatieproblemen
stress
mogelijke zwangerschap
klierkoorts
seizoensgebonden
schildklier
geen idee
Patient Ideas


aard vermoeidheid
18%
18%
14%
27%
23%
fysiologisch
somatisch
psychosociaal
onverklaard
gemengd

Behandeling

Bij de meeste patiënten volstaat geruststelling. Dit was zo bij veertien deelnemers. Bij drie patiënten werd gestart met vitaminen, bij één patiënt met ijzer. Bij twee mensen werd een advies over slaaphygiëne gegeven. Bij één patiënt gebeurde een aanpassing van de antidepressieve medicatie en één patiënt werd naar de kinesist gestuurd wegens spanningsgebonden klachten.

Resultaten tevredenheidsenquête

Bij het afsluiten van het praktijkproject was de respons op de tevredenheidsenquête erg beperkt. Op 1 januari 2013 waren er nog maar twee vragenlijsten ingeleverd. Om de responsratio te verhogen werden alle deelnemers dan ook schriftelijk verzocht om hun enquête alsnog anoniem in te leveren. Ook deze oproep had weinig effect met nog twee bijkomende ingeleverde versies. Uiteindelijk werd iedereen ook telefonisch gecontacteerd om toch de overige exemplaren nog terug te krijgen. Zo werden in totaal acht vragenlijsten ingevuld en anoniem op de praktijk terug bezorgd.
Wat de verwachtingen betreft komen een drietal antwoorden naar voor. Een deel patiënten (vier patiënten) verwacht een bloedname om op die manier de oorzaak van hun klachten te achterhalen. Bij een ander deel (twee patiënten) is het voldoende een verklaring voor hun vermoeidheidsklachten te vinden, ook als hiervoor geen verder onderzoek nodig is.
Tenslotte is het voor een beperkte groep voldoende om een luisterend oor te krijgen (twee patiënten).
Allemaal vinden ze dat ze voldoende gehoord zijn en dat ze de kans gekregen hebben alles te vertellen. De meeste voelen zich begrepen, doch twee van hen geven aan dat het heel moeilijk is om hun gevoelens goed over te brengen. Hierbij ligt het probleem volgens hen niet bij de arts maar eerder bij de aard van de klachten die moeilijk te duiden zijn.
Op één patiënt na voelen ze zich allemaal voldoende geholpen. Bij deze ene patiënt bleef de vermoeidheid aanhouden doch hij is hiervoor niet op vervolgraadpleging geweest. Op eigen initiatief werd gestart met osteopathie, met een positief resultaat.
Iedereen was tevreden over het verloop van hun raadpleging. Ook hier komt naar voor dat de patiënten vooral een luisterend oor appreciëren (vijf patiënten) . Twee patiënten zijn tevreden omdat er een bloedname gebeurde. Eén persoon hiervan had op voorhand geen bloedonderzoek verwacht.

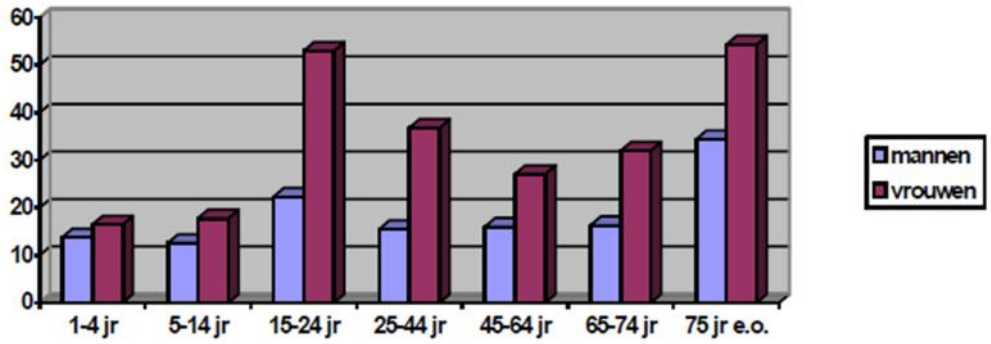
Discussie

Er werden vier onderzoeksvragen vooropgesteld. Via een literatuuronderzoek en een praktijkproject hebben we geprobeerd hier een antwoord op te formuleren.

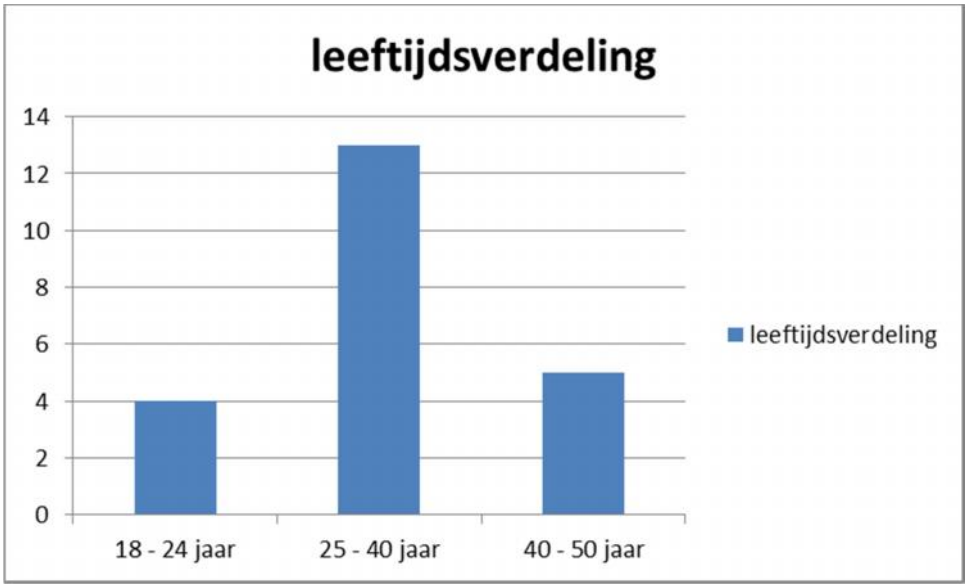
Wie komt er in onze praktijk met de klacht moeheid en komt dit overeen met de gegevens

die we in de literatuur gevonden hebben?
Tweeëntwintig mensen presenteerden zich over een periode van ongeveer zes maanden met (sub)acute moeheid als hoofdklacht. Dit was minder dan we verwacht hadden. Tijdens de periode van het onderzoek hebben we gemerkt dat patiënten wel vaker met vermoeidheid komen doch dat het meestal om een geassocieerde klacht gaat. Het wordt doorgaans gewoon terloops even gemeld.
Gezien het onderzoek slechts door twee van de drie artsen in de praktijk gevoerd werd, werd sowieso een deel patiënten gemist. Als we ervan uit zouden gaan dat de 22 geïncludeerde personen ongeveer overeenkomen met 2/3 van het totaal aantal patiënten die zich in die periode gepresenteerd hebben, zijn de cijfers voor onze praktijk toch vergelijkbaar met de cijfers afgeleid uit een Nederlands onderzoek (66 patiënten per jaar voor een standaard huisartsenpraktijk) . (3) We hebben bij deze afleiding geen rekening gehouden met mogelijk afhankelijke variabelen zoals het tijdstip van presentatie (maand of seizoen) en de leeftijd.
Ook bij ons zien we een overwicht aan vrouwen. Het verschil is veel groter dan beschreven in de literatuur (tien keer meer t.o.v. twee keer meer vrouwen als mannen). Dit kan eventueel te maken hebben met het feit dat beide onderzoekers zelf vrouwen zijn. Bovendien is het aantal inclusiepatiënten veel te klein om echt conclusies te kunnen trekken over de geslachtsverdeling.
Net zoals in de literatuur zien we bij ons een piek in de leeftijdsverdeling tussen 15 en 45 jaar. De piek ligt in onze praktijk echter meer tussen 25 en 44 jaar terwijl ze in Nederland eerder tussen 15 en 25 jaar ligt. Onze piekleeftijd sluit beter aan bij de gegevens van de Intego- databank waar de piek ook tussen 25 en 44 jaar ligt. (8) Een vergelijking ziet u in onderstaande grafieken:

Leeftijdsverdeling volgens een Nederlandse studie (3):



Leeftijdsverdeling in onze praktijk:



De vergelijking gaat echter niet volledig op gezien de leeftijdsbeperking van ons praktijkonderzoek. Patiënten tussen 15 en 18 jaar en tussen 50 en 65 jaar werden niet in het onderzoek inbegrepen waardoor de verhoudingen in realiteit anders kunnen liggen. Socio-economisch zien we bij ons slechts twee werkloze deelnemers. De overige twintig patiënten studeren of hebben een job. De meerderheid van de deelnemers in ons onderzoek is hoger opgeleid. Opvallend is dat vijf van de deelnemers werkzaam zijn in de zorgsector. Verhoogt het werken in deze sector het risico op vermoeidheidsklachten? Nader onderzoek is nodig. Bij ons blijkt de stelling dat voornamelijk mensen zonder dagbesteding en lager opgeleiden met hun vermoeidheidsklachten naar de huisarts stappen (3) in elk geval niet te kloppen. Mogelijks is één van beide groepen in onze praktijkpopulatie meer of minder vertegenwoordigd. Dit werd niet verder onderzocht wegens onvoldoende gegevens.

Voor de tweede onderzoeksvraag zijn we in de literatuur en in de praktijk op zoek gegaan naar de mogelijke oorzaken van vermoeidheidsklachten. Wat opvalt is dat er een groot verschil bestaat tussen de ideeën van de arts enerzijds en de patiënt anderzijds. Artsen denken relatief snel aan psychosociale oorzaken terwijl de patiënt vooral bezorgd is om een mogelijke lichamelijke aandoening. (9)
Bij een groot deel van de patiënten blijft de vermoeidheid onverklaard. Dit is ook zo in onze praktijk. Bij 27 procent van de deelnemers werd uiteindelijk geen diagnose gevonden. Dit komt ongeveer overeen met de gegevens die in de literatuur teruggevonden worden. (9) Bij de minderheid van onze patiënten (14 procent) werd een zuiver somatische oorzaak gevonden. Het gaat dan om infecties, ferriprieve anemie of klierkoorts. Dit percentage ligt een stuk lager dan de dertig procent die in de literatuur aangetroffen wordt. (9) Dit heeft

vermoedelijk te maken met het feit dat wij ons in het onderzoek beperkt hebben tot moeheid als hoofdklacht terwijl het in de literatuur zowel om hoofd- als geassocieerd symptoom gaat. Moeheid vormt inderdaad een veel voorkomende bijkomende klacht bij somatische aandoeningen waarbij andere symptomen meer op de voorgrond staan. Bovendien liggen de percentages bij ons door het kleine aantal inclusies relatief ver van mekaar terwijl er slechts een kleine verschil bestaat in de absolute aantallen. Wij zien in ons onderzoek eerder psychosociale en fysiologische oorzaken aan de basis van de vermoeidheidsklachten doch de verschillen zijn klein.

Een bijkomend opzet van het praktijkonderzoek was het komen tot een meer uniforme evidence based aanpak van een patiënt met de aanmeldingsklacht moeheid. Het is natuurlijk erg moeilijk om voor een dergelijk aspecifieke klacht toch een standaard aanpak uit te werken. Uiteraard is elke raadpleging individueel maar er zijn toch een aantal punten waarop in de praktijk kan gelet en waaraan gewerkt kan worden.
Het belangrijkste deel van de raadpleging vormt de anamnese. Het is vooral op basis hiervan dat de arts kan inschatten om welke aard moeheid het gaat: fysiologisch, somatisch of psychosociaal.
Daarom starten we best met een goede probleemverheldering. Hierna zouden we een idee moeten hebben over wat de patiënt juist bedoelt met zijn vermoeidheidsklachten en hoe lang ze reeds bestaan, wat hij er zelf over denkt en wat hij van jou als arts verwacht. Deze probleemverheldering gebeurt bij ons tot op heden onvoldoende. Vooral de 'ICE', de ideeën en verwachtingen van de patiënt, wordt tot nu toe niet genoeg bevraagd. Er wordt meestal zomaar van uitgegaan dat de patiënt een bloedname verwacht terwijl dit in realiteit niet altijd zo is. Zoals ook blijkt uit onze tevredenheidsenquête is het voor een aantal patiënten voldoende om een luisterend oor te krijgen. Dit kunnen we enkel goed inschatten door de verwachtingen van de patiënt ook specifiek te bevragen.
Andere zaken die zeker steeds aan bod dienen te komen tijdens de anamnese zijn de thuissituatie en de werkomstandigheden. Ook het slaap-waakritme zou kort bevraagd moeten worden. Deze zaken lijken vanzelfsprekend doch toch betrappen we onszelf er soms op dat ze vergeten worden. Tenslotte dient men ook na te gaan of er nog bijkomende klachten bestaan naast de vermoeidheid.
Op basis van de probleemverheldering en de voorgeschiedenis van de patiënt kan er al een eerste inschatting gemaakt worden over welk spoor (somatisch, psychosociaal, fysiologisch) verder dient gevolgd te worden. Op basis van dit vermoedelijke spoor kan de verdere anamnese dan meer gericht gebeuren.
Kortom de anamnese kan in een vijftal punten worden samengevat. Het is de bedoeling om die in de toekomst systematisch in het consult voor vermoeidheidsklachten te integreren:

1. Kenmerken vermoeidheid: duur, wat bedoelt de patiënt met moeheid?
2. ICE patiënt
3. Geassocieerde klachten
4. Psychosociale omstandigheden: thuissituatie, werksituatie, gevoelens (angst, depressie)
5. Bioritme: recente veranderingen in slaap-waak, rustpatroon?

Na de anamnese volgt een klinisch onderzoek . De uitgebreidheid hiervan zal afhankelijk zijn van wat uit de anamnese naar voor gekomen is.
Daarna dienen we ons de vraag te stellen of bijkomende onderzoeken nuttig kunnen zijn. In ons onderzoek zijn we tijdens de eerste raadpleging bij 59 procent van de patiënten overgegaan tot een bloedname. Dit is eigenlijk te veel wanneer we dit vergelijken met het aantal somatische oorzaken. Anderzijds waren er wel vijftien patiënten (68 procent) die een bloedname verwachtten. We doen dus vooral wat de patiënt van ons verwacht ook als we weten dat een bloedonderzoek weinig extra informatie zal opleveren. De reden waarom we dan toch overgaan tot een bloedname is waarschijnlijk omdat dit als een eenvoudige en tijdbesparende manier van geruststelling gezien wordt. We doen dit bovendien ook om de patiënt tevreden te houden.
Uit de literatuur en uit onze eigen tevredenheidsvragenlijst blijkt echter dat de patiënttevredenheid eerder nauw samenhangt met een goede communicatie, een luisterend oor. (16,21)

Ik denk dat we het aantal bloedonderzoeken in onze eigen praktijk zeker kunnen terugdringen. Voor de patiënt is het heel belangrijk het gevoel te hebben dat zijn klachten serieus genomen worden. Dit kunnen we alleen bereiken door echt naar de patiënt te luisteren en de klachten grondig uit te diepen. Dit kan uiteraard niet tijdens een kortdurende raadpleging. Hiervoor dient tijd genomen te worden.
Voor de patiënttevredenheid is het tevens cruciaal dat de patiënt op het eind van de raadpleging de ernst van de situatie kan inschatten. Hiervoor is niet steeds een bloedname nodig. Wanneer we een psychosociale of fysiologische oorzaak van de klachten vermoeden is een bloedname niet onmiddellijk nodig, en dient dit ook zo uitgelegd te worden. Bij onverklaarde vermoeidheidsklachten kan een maand afgewacht worden gezien een bloedonderzoek slechts een beperkte meerwaarde geeft. (20) Een goede uitleg hierover kan een aantal patiënten toch van hun verwachting tot een bloedname doen afzien. Binnen onze eigen praktijk zouden we dus de nadruk op een goede arts-patiëntrelatie moeten proberen leggen en dit door middel van gespreksvoering eerder dan door middel van technische onderzoeken.
Wanneer toch tot een bloedonderzoek overgegaan wordt, is het voor onze praktijk zeker

een werkpunt het aantal aangevraagde tests beperkt te houden. Nu zijn onze bloedonderzoeken nog veel te uitgebreid met gemiddeld dertien tests.

Tenslotte wilden we met dit praktijkproject ook een inschatting maken op welke manier het al dan niet uitvoeren van een bloedonderzoek de patiënttevredenheid zou beïnvloeden. Ondanks de nodige inspanningen voor een voldoende hoge responsratio, hebben we slechts acht tevredenheidsvragenlijsten terug gekregen. Dit is onvoldoende om echt conclusies te trekken. Voor deze onderzoeksvraag kunnen we vanuit ons onderzoek dus geen antwoord formuleren. Wel zien we dat de patiënten globaal erg tevreden zijn. Bij de meeste van hen werd een bloedonderzoek gedaan, doch uit de vragenlijsten blijkt dat de tevredenheid van een aantal patiënten eerder samenhangt met de arts als een goed luisterend oor. Naar de toekomst toe is het zeker de moeite waard een nieuwe inschatting naar de tevredenheid te maken wanneer we voorgaande 'praktijkrichtlijn' (beperking van het aantal bloednames en een meer communicatieve aanpak) bij ons zullen implementeren.

Besluit

Bij navraag hebben veel mensen last van vermoeidheidsklachten. Slechts een beperkt aantal van hen blijkt hiermee echter naar de huisarts te gaan. Dit wordt ook bevestigd in ons praktijkonderzoek. Diegenen die hier toch mee op raadpleging komen, zijn voornamelijk vrouwen tussen 20 en 45 jaar. Veel van deze patiënten verwachten een bloedname van hun arts, doch dit kan bij een aantal van hen vermeden worden. Soms gaat het immers eerder om een psychosociale oorzaak waarbij verder onderzoek niet nodig is. Het grootste deel van de vermoeidheidsklachten blijft echter onverklaard. Door uitstel van de bloedname kan het aantal onderzoeken bij hun gereduceerd worden zonder al te veel nadelige gevolgen. In de toekomst zal dus meer en meer de nadruk gelegd worden op een goede communicatie. Of dit een invloed heeft op de patiënt-tevredenheid, is onderwerp voor verder onderzoek.

Referenties

1. Michael Sharpe, David Wilks. ABC of psychological medicine: Fatigue. *BMJ 2002; 325: 480-3.*
2. Cathébras PJ, Robbins JM et al. Fatigue in primary care : Prevalence, psychiatric comorbidity, illness behaviour and outcome. *J Gen Intern Med 1992; 7: 276-286.*
3. Cardol M, Bensing J et al. Moeheid: Determinanten, beloop en zorg. *Nivel 2005*
4. Meeuwisen L, Bensing J et al. Communicating fatigue in general practice and the role of gender. *Patient education and counseling 2002; 48: 233-242.*
5. Risdale L, Evans A et al. Patients with fatigue in general practice: a prospective study. *BMJ 1993; 307: 103-106.*
6. Hamilton W, Watson J et al. Investigating fatigue in primary care. *BMJ 2010; 341:c4259.*
7. Magnette C, Gerard B. La plainte fatigue en médecine générale. *Recommandations de bonne pratique SSMG.*
8. Intego-databank: Beschikbaar via: http://www.intego.be
9. De Vries M, Fechter MM et al. Moeheid. *Huisarts en Wetenschap 2002; 45(01): 27-31.*
10. Rosenthal TC, Majeroni BA et al. Fatigue: an overview. *Am Fam Physician 2008; 78(10): 1173-1179.*
11. Van Der Meer JWM, Rijken PM et al. Aanwijzingen voor het beleid bij langdurige, lichamelijk onverklaarde moeheidsklachten. *Ned Tijdschrift Geneeskunde 1997; 141(31):1516-1518.*
12. Schumann L, Rodriguez T. The Challenge of evaluating fatigue. *Journal of the American Academy of nurse practitioners 2000; 12(8): 329-338.*
13. Micromedex 2.0: Beschikbaar via: http://www.micromedexsolutions.com/micromedex2/librarian
14. Fatigue: a practical approach to diagnosis in primary care. *CMAJ 2006; 174(6): 765-767.*
15. National Institute for Health and Clinical Excellence. Tiredness/fatigue in adults. Clinical knowledge Summaries. Beschikbaar via: http://www.cks.nhs.uk/tiredness_fatigue_in_adults
16. Van Bokhoven L, Koch H. Bloedonderzoek bij onbegrepen klachten: wat vindt de patiënt van uitstel? *Huisarts en Wetenschap 2009; 52(10): 483-486.*
17. Godwin M, Delva D et al. Investigating fatigue of less than 6 months' duration. Guidelines for family phycisians. *Canadian Family Phycisians 1999; 45: 373-379.*
18. Koch H, Van Bokhoven M et al. What makes general practitioners order blood tests for patients with unexplained complaints? A cross-sectional study. *European Journal of General Practice 2009; 15: 22-28.*

19. Avonts M, Cloetens H et al. Aanvraag van laboratoriumtesten door huisartsen : Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. *Aanbevelingen Domus Medica.*
20. Koch H, Van Bokhoven M et al. Ordering blood tests for patients with unexplained fatigue in general practice: What does it yield? Results of the VAMPIRE trial. *British Journal of General Practice 2009; e93-e100.*
21. Van bokhoven M, Koch H et al. Influence of watchful waiting on satisfaction and anxiety among patients seeking care for unexplained complaints. *Annals of Family Medicine 2009; 7 (2): 112-120.*
22. De Sutter A, Van Den Bruel A et al. Laboratoriumtesten in de huisartsgeneeskunde. *Good Clinical Practice. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg 2007; KCE reports 59A.*

Bijlage 1

Toestemmingsverklaringformulier (informed consent)

Titel onderzoek: (Sub)acute moeheid in de huisartsenpraktijk: een evidence-based benadering van deze klacht bij patiënten tot middelbare leeftijd

Verantwoordelijke onderzoeker: Dr. Lidewij Staessens

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en de risico's en belasting van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek geheel anoniem en vertrouwelijk verwerkt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgaaf van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer: ……..

Datum: …… Handtekening deelnemer: …...…….

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker:
……..……..

Datum: …… Handtekening onderzoeker: ...…….

Bijlage 2

:

(Sub)acute moeheid in de huisartsenpraktijk

Geslacht: m / v
Leeftijd:
Sociodemografisch: - student. Richting:
- Werkloos. Duur:
- Arbeidsongeschikt. Duur:
- job:

Woonsituatie: - alleenstaand
- partner, niet samenwonend
- partner, samenwonend
- kinderen?
- nieuw samengesteld gezin

Anamnese: - moeheid: Aard:

Duur:

Andere kenmerken:

- geassocieerde klachten:

- I:

- C:

- E:

Klinisch onderzoek:

Bijkomende onderzoeken:

Diagnose: - fysiologisch (vb. slaapstoornissen):

- somatisch:

- psychosociaal (vb depressie, kritische life events (welke?)) :

- onverklaard:

Planning:

Bijlage 3

(Sub)acute moeheid in de huisartsenpraktijk
Tevredenheidsvragenlijst

1. Wat waren je verwachtingen? Werd hieraan voldoende tegemoet gekomen? Waarom (niet)?

2. Heeft u alles kunnen vertellen, voelt u zich voldoende gehoord? Waarom (niet)?

3. Voelt u zich voldoende begrepen? Waarom (niet)?

4. Voelt u zich voldoende geholpen? Waarom (niet)?

5. Bent u tevreden over het verloop van deze raadpleging? Waarom (niet)? Wat had anders gekund?