

# Sekseverschillen bij moeheid

J.M. BENSING  
K. SCHREURS

**Bensing JM, Schreurs K. Sekseverschillen bij moeheid. Huisarts Wet 1995; 38(9): 412-21.**

**Samenvatting** Vrouwen rapporteren meer moeheidsklachten dan mannen. Op basis van de patiëntenquête van de Nationale Studie is nagegaan welke factoren bij mannen en vrouwen van 15-64 jaar samenhangen met de rapportage van moeheidsklachten. Moeheidsproblemen bleken deels algemeen, deels seksespecifiek van aard. Mannen en vrouwen met moeheidsklachten waren jonger, hadden een hogere opleiding, meer acute klachten, meer psychosociale problemen en een negatiever oordeel over hun gezondheid. Daarnaast gingen bij mannen moeheidsklachten samen met meer lichamelijke beperkingen en meer ingrijpende levensgebeurtenissen. Bij vrouwen verklaren biologisch-seksespecifieke klachten en psychische klachten mede de moeheid. Sekseverschillen waren er eveneens in leefsituatiekenmerken die met moeheid samenhangen. Onder mannen kwamen moeheidsklachten het meest voor bij mannen zonder werk en mannen die hoofdarbeid verrichtten. Het hebben van kleine kinderen speelde bij mannen geen rol. Daarentegen waren vrouwen met kleine kinderen vaker moe dan vrouwen zonder kleine kinderen, zeker als zij ook een baan buitenshuis hadden. Het huisvrouwenbestaan op zichzelf leidde niet tot veel moeheidsklachten.

Prof.dr. J.M. Bensing, directeur Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg en hoogleraar Klinische Psychologie en Gezondheidspsychologie aan de Universiteit Utrecht. Dr. K. Schreurs universitair docent bij de vakgroep Klinische Psychologie en Gezondheidspsychologie van de Universiteit Utrecht.  
Correspondentie: Prof.dr. J.M. Bensing, Nivel, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht.

## Inleiding

Moeheid is een intrigerend fenomeen. Aan de ene kant is het een normale fysiologische reactie op lichamelijke of geestelijke inspanning; iedereen is weleens moe. Het gebeurt echter relatief vaak dat mensen moeheid als gezondheidsprobleem beschouwen: in bevolkingsonderzoek is moeheid – samen met hoofdpijn – de meest gerapporteerde gezondheidsklacht.<sup>1</sup> In een enkel geval kan moeheid het leven van mensen volledig ontwrichten: als zelfstandige klacht, als voorbode van een ernstige ziekte of als bijverschijnsel van een chronische aandoening, waardoor de kwaliteit van leven wordt aangetast. Moeheid komt in alle gradaties voor en kan vele betekenissen hebben: van triviaal tot levensbedreigend of invaliderend. Dat maakt moeheid tot een complex probleem voor arts én patiënt, en tot een uitdagend terrein voor wetenschappelijk onderzoek.

Op basis van de literatuur over enerzijds moeheid en anderzijds sekseverschillen (*kader* pag. 413) veronderstellen we dat sekseverschillen bij de klacht 'moeheid' zouden kunnen samenhangen met:

- lichamelijke en geestelijke gezondheid;
- biologisch-seksegebonden klachten;
- leefgewoonten (roken, drinken, overgewicht, slaapgewoonten);
- leefsituatie (werk en gezin).

Daarnaast zullen we demografische kenmerken als leeftijd en opleiding in de analyses betrekken, en zullen we nagaan in hoeverre er sekseverschillen zijn in de medische consumptie van mensen met moeheidsklachten. Onderzocht zal worden in hoeverre mannen en vrouwen die de klacht 'moeheid' rapporteren, op deze kenmerken afwijken van elkaar en van de rest van de populatie die geen moeheidsklachten rapporteert. Daarnaast zal worden nagegaan of mannen en vrouwen van elkaar verschillen in de soort en zwaarte van de factoren die een bijdrage leveren aan de verklaring van de klacht 'moeheid'. Daarbij zullen factoren uit de verschillende referentiekaders in hun onderlinge samenhang worden bestudeerd.

## Methode

### Design en data

In het kader van de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk is een gezondheidsinterview gehouden met ongeveer 13.000 patiënten uit de praktijken van de 161 deelnemende huisartsen.<sup>1,42,43</sup> Deze interviews werden bij de patiënten thuis gehouden, ongeacht of zij wel of niet hun huisarts hadden bezocht.

Voor dit artikel zijn de gegevens van alle mensen van 15-64 jaar geanalyseerd (4681 mannen en 4698 vrouwen); 1137 mannen en 1777 vrouwen gaven op de klachtenlijst aan dat zij de afgelopen twee weken last hadden gehad van moeheid. Deze uitspraak is in dit onderzoek de operationalisatie van de klacht 'moeheid'.

### Meetinstrumenten

- *Lichamelijke gezondheid* werd op verschillende manieren gemeten:
  - ervaren gezondheid (5-puntsschaal);<sup>44</sup>
  - acute klachten (lijst van 42 klachten, minus moeheid);
  - chronische aandoeningen (lijst van 30 klachten, naar de mate van ernst geclusterd in drie hoofdgroepen);
  - handicaps (lijst van 14 handicaps).Binnen deze lijsten werden de volgende biologisch-seksegebonden klachten onderscheiden: acute en chronische menstratieklachten, anticonceptieproblemen, zwangerschap en chronische prostaatklachten.

- De volgende maten werden gebruikt als indicatie voor de aanwezigheid van *psychische en/of sociale problematiek*:
  - een score  $\geq 5$  op de 30-item versie van de General Health Questionnaire (GHQ);<sup>45</sup>
  - de gemiddelde score op de Biografische Probleeminventarisatielijst (BioPro);<sup>46</sup>
  - de gemiddelde score op de Life Events.<sup>1</sup>

- De volgende *leefgewoonten* werden gemeten:
  - roken (niet/wel);
  - alcoholgebruik (gemiddeld aantal glazen per dag);

### Stand van zaken in het epidemiologisch onderzoek

Cijfers over de omvang van het verschijnsel moeheid hangen sterk af van de wijze waarop de moeheid gemeten is. Uit een recente overzichtsstudie<sup>2</sup> blijkt dat, afhankelijk van de gehanteerde definitie, exclusiecriteria en meetmethode, tussen de 7 en 45 procent van de respondenten in bevolkingsonderzoek moeheidsklachten rapporteert. Patiënten die hun huisarts consulteren, rapporteren meer en ernstiger moeheidsklachten dan respondenten in de gewone populatie.<sup>3</sup> In het Transitieproject bedroeg de 'jaarprevalentie' van de Reason for Encounter (RfE) 'moeheid' 63,0 per duizend voor mannen en 117,0 voor vrouwen.<sup>4</sup> Kijken we naar de door de huisarts gestelde diagnose 'moeheid', dan liggen de cijfers aanzienlijk lager: in het Transitieproject 16,1 per duizend voor mannen en 31,7 voor vrouwen.<sup>4</sup> In de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk bedroeg de driemaandsprevalentie 3,0 per duizend voor mannen en 7,5 voor vrouwen.<sup>5</sup> In ieder geval is 'moeheid' in de huisartspraktijk een relatief veel voorkomend gezondheidsprobleem: het neemt na 'hoesten' en 'koorts' de derde plaats in op de top-tien van contactredenen.<sup>4</sup> In beschouwende en overzichtspublikaties worden uiteenlopende mogelijke oorzaken voor moeheid genoemd.<sup>2-6-10</sup> Daarbij wordt gedacht aan biomedische oorzaken (moeheid als gevolg van zwangerschap, infecties, chronische aandoeningen, kanker en medicijngebruik), aan de invloed van ongezonde leefwijzen (gebruik van genotmiddelen, overgewicht, gebrek aan lichaamsbeweging) en aan psychopathologie. In een enkele studie<sup>11-12</sup> wordt gewezen op de mogelijke invloed van de leefsituatie (werk, kleine kinderen). Desondanks is er weinig empirische

evidentie voor mogelijke etiologie. Bij 70 procent van de patiënten met bij aanvang onverklaarde moeheidsklachten kan aan het einde van de moeheidsepisode nog steeds geen diagnose worden gesteld.<sup>13</sup> Laboratoriumonderzoek blijkt nauwelijks van belang om een biomedische oorzaak op te sporen<sup>6-14-20</sup> Daardoor is moeheid niet objectief meetbaar; het verschijnsel kan alleen via subjectieve rapportage door de patiënt zelf worden vastgesteld. Studies naar de invloed van leeftijd, opleiding, werksituatie en leefstijl op moeheidsklachten leveren schaarse en deels tegenstrijdige informatie op. De enige consistente empirische bevinding is, dat in vrijwel alle studies ook psychopathologie wordt aangetroffen,<sup>16-17-21-23</sup> waarbij echter niet duidelijk is in hoeverre hier sprake is van directe etiologie, multifactoriële etiologie, gevolg-reacties of comorbiditeit.<sup>2-8-16-17-21-24</sup>

### Sekseverschillen bij moeheid: theoretische referentiekaders

Het diagnostisch beeld van moeheid mag verwarrend en in zekere zin teleurstellend zijn, nog opvallender is het ontbreken van reflectie op de sekseverschillen die in elk onderzoek naar moeheid worden aangetroffen. Voor de theoretische onderbouwing daarvan biedt de literatuur over moeheid, op een enkele uitzondering na,<sup>11-12</sup> weinig aanknopingspunten. Die is wel te vinden in de algemene literatuur over sekseverschillen in gezondheid en medische consumptie. Hierin vinden we drie referentiekaders om sekseverschillen te verklaren: een biologisch, een psychologisch en een sociaal referentiekader.<sup>25-27</sup> Aangezien deze in dit themanummer elders aan de orde komen, zullen we hier volstaan met een samenvatting van de hoofdlijnen.

- Het *biologisch* referentiekader verwijst naar de invloed van de vrouwelijke voortplantingsfunctie: menstruatie, zwangerschap, bevalling, zogen, medicamenteuze anticonceptie en menopauze zorgen bij vrouwen voor lichamelijke gewaarwordingen, stoornissen en/of medische consumptie die per definitie niet bij mannen voorkomen.
- Het *psychologisch* referentiekader verwijst naar de hypothese dat vrouwen anders dan mannen omgaan met emoties, betekenis geven aan signalen, uiting geven aan pijn of onwelbevinden, en omgaan met stress.<sup>28-29</sup> Daarnaast zijn er discussies over de vraag of vrouwen over een andere persoonlijkheidsstructuur zouden beschikken<sup>30</sup> en/of een sterkere dispositie zouden hebben voor diverse vormen van psychopathologie.<sup>31</sup>
- Het *sociale* referentiekader verwijst naar de verschillende sociale posities van mannen en vrouwen in onze samenleving.<sup>32-33</sup> In dit kader worden de monotonie van het huishouden,<sup>34</sup> de verzorgende rol van vrouwen,<sup>35-36</sup> en – recenter – de dubbele belasting van vrouwen die een baan en de zorg voor een gezin combineren<sup>37</sup> opgevoerd als mogelijke oorzaken van gezondheidsverschillen. Over de invloed van werk bestaat geen eenduidigheid: sommige werkzaamheden blijken juist een positieve invloed te hebben op de gezondheid van vrouwen.<sup>38-40</sup>

Geen van deze drie referentiekaders geeft op zichzelf een afdoende verklaring voor sekseverschillen in gezondheid en medische consumptie.<sup>41</sup> De zoektocht naar sekseverschillen bij moeheid zal daarom hypothesen uit verschillende referentiekaders moeten incorporeren en in onderlinge samenhang bestuderen.

- slaapgewoonten (aantal uren slaap door de week);
- lichaamsbeweging (wel/niet actieve sportbeoefening);
- overgewicht (Quetelet-index).

• De volgende *leefsituatiekenmerken* werden in de analyses betrokken:

- aanwezigheid partner;
- aanwezigheid kinderen <6 jaar;
- gezinsgrootte;
- betaald werk buitenshuis (inclusief studie in dagopleiding);
- aard werk (handarbeid/hoofdarbeid).

• De volgende parameters voor *medische consumptie* werden gebruikt:

- huisartsbezoek in laatste twee maanden;
- specialistenbezoek in laatste twee maanden;
- bezoek alternatieve genezers in laatste vijf jaar;
- opname in een algemeen ziekenhuis in laatste vijf jaar;
- contact met GGZ in laatste vijf jaar;
- voorgeschreven medicijnen laatste twee weken;
- vrij verkoopbare medicijnen in laatste twee weken.

### Analyses

Allereerst werden mannen en vrouwen met moeheidsklachten vergeleken met de mannen en vrouwen die deze klacht niet hadden gerapporteerd. Vervolgens werden sekseverschillen binnen de categorieën met en zonder moeheidsklachten met elkaar vergeleken. Deze vergelijkingen werden getoetst met t-toetsen bij continue variabelen en met chi-kwadraattoetsen bij categorische of dichotome variabelen. Daarbij werd gecorrigeerd voor het grote aantal toetsen door het significantieniveau van 0,05 te delen door het aantal verwante toetsen, zodat de kans op een type-I-fout binnen een categorie verwante toetsen niet hoger is dan 0,05.

Tenslotte is door middel van logistische regressie-analyses moeheid als dichotome variabele voorspeld. De gegevens over medische consumptie zijn niet in deze regressie-analyses opgenomen, omdat ze

niet als onafhankelijke variabelen voor het voorspellen van moeheid beschouwd kunnen worden. Een indicatie van de kwaliteit van het logistische-regressiemodel is de mate waarin de geobserveerde waarden overeenkomen met de voorspelde waarden op grond van het model.<sup>47</sup>

## Resultaten

### Demografische kenmerken

Vrouwen rapporteerden vaker dan mannen dat ze de afgelopen twee weken last hadden gehad van moeheid (38 versus 24 procent). Vrouwen met moeheidsklachten waren gemiddeld wat jonger dan vrouwen zonder deze klachten (*tabel 1A*). Opleiding hing bij mannen en vrouwen positief samen met het rapporteren van moeheidsklachten. Over de gehele linie waren mannen overigens iets hoger opgeleid dan vrouwen.

### Lichamelijke en geestelijke gezondheid

Mensen met moeheidsklachten waren over de gehele linie ongezonder dan mensen zonder moeheidsklachten (*tabel 1B*). Dat geldt voor beide seksen en voor vrijwel alle gezondheidsparameters.

Bij enkele gezondheidsindicatoren – met name ervaren gezondheid en levensgebeurtenissen – bestonden noch in de populatie, noch in de groep mensen met moeheidsklachten noemenswaardige sekseverschillen. Eén interessante uitzondering moet worden genoemd (niet in tabel): uit de Life Event Lijst blijkt dat vrouwen met moeheidsklachten relatief vaak een kind hadden gekregen en/of zwanger waren geweest; mannen die een kind gekregen hadden, rapporteerden niet meer moeheidsklachten.

Bij andere gezondheidsindicatoren waren er wel sekseverschillen in de populatie, maar niet binnen de groep met moeheidsklachten. Dat geldt met name voor de handicaps en de psychosociale problemen (BioPro). Een item-analyse van de BioPro laat overigens zien dat mannen en vrouwen wél een andere rangvolgorde van psychosociale problemen hadden (niet in tabel): mannen met moeheid hadden twee

keer zo vaak problemen op hun werk als vermoeide vrouwen (14 versus 8 procent). Bij vrouwen met moeheid wordt de ranglijst van psychosociale problemen aangevoerd door het item 'problemen met wat u van uzelf vindt' (27 versus 17 procent).

In vergelijking met hun niet-vermoeide seksegenoten rapporteerden vermoeide vrouwen – naast hun moeheid – 2,6 keer zoveel acute klachten, en vermoeide mannen zelfs 2,9 keer zoveel (*tabel 1B*). Meer mensen met moeheidsklachten hadden de afgelopen twee weken (ook) last gehad van hoofdpijn en nervositas; bij zowel mannen als vrouwen waren dit de meest genoemde acute klachten. Ten opzichte van hun niet-vermoeide seksegenoten is er een duidelijke overrepresentatie van 'vage klachten' als lusteloosheid (Odds-ratio van 10,8 bij de mannen en 8,3 bij de vrouwen), duizeligheid (respectievelijk 5,7 en 3,6), nervositas (4,6 en 3,0), slapeloosheid (3,8 en 2,7) en snel opgewonden zijn (3,6 en 3,4) (niet in tabel). Deze patronen zijn bij mannen en vrouwen precies gelijk; vermoeide mannen rapporteerden dus geen andere klachten dan vermoeide vrouwen. Bij de meer lichamelijke klachten als hoesten zijn de verschillen tussen mannen en vrouwen, en de verschillen tussen vermoeide en niet-vermoeide seksegenoten veel minder groot dan bij de vage klachten.

Bij de chronische aandoeningen valt op dat meer vrouwen dan mannen lichte chronische aandoeningen rapporteerden (vermoeid en niet-vermoeid), terwijl meer mannen ernstige chronische aandoeningen rapporteerden (vooral mannen met moeheid).

De meeste chronische aandoeningen kwamen 1,5 tot 2 keer zoveel voor bij mensen met moeheidsklachten, mannen zowel als vrouwen, met uitschieters voor hartklachten (Odds-ratio van 2,9 bij mannen en 2,1 voor vrouwen), reuma/reumatode artritis (2,4 en 2,1), migraine (2,3 en 2,0) en chronische maagkwalen (2,2 en 2,5), waarbij – net als bij de acute klachten – mannen en vrouwen precies dezelfde patronen vertoonden (niet in tabel).

**Tabel 1** Demografische en leefsituatiekenmerken, gezondheid, biologisch-seksegebonden klachten, leefgewoonten en medische consumptie

	Mannen		Vrouwen	
	niet moe n=3544	moe n=1137	niet moe n=2921	moe n=1777
<b>A Demografische en leefsituatiekenmerken</b>				
Leeftijd	37.12	36.51	37.54	35.02 <sup>3 b</sup>
Opleiding	3.9	4.1 <sup>3</sup>	3.6 <sup>c</sup>	3.9 <sup>3 b</sup>
Percentage werk/studie	85%	81% <sup>3</sup>	48% <sup>c</sup>	54% <sup>3 c</sup>
Percentage hoofdarbeid	37%	45% <sup>3</sup>	42% <sup>c</sup>	50% <sup>3 a</sup>
Percentage partner	90%	86% <sup>3</sup>	86% <sup>c</sup>	82% <sup>2 b</sup>
Gezinsgrootte	3.4	3.3 <sup>1</sup>	3.3 <sup>a</sup>	3.2 <sup>2</sup>
Percentage inwonende kinderen <6 jaar	16%	17%	16%	19% <sup>2</sup>
<b>B Gezondheid</b>				
Aantal acute klachten*	2.00	5.81 <sup>3</sup>	2.60 <sup>c</sup>	6.68 <sup>3 c</sup>
Percentage minstens 1 lichte chronische klacht*	21%	34% <sup>3</sup>	32% <sup>c</sup>	46% <sup>3 c</sup>
Percentage minstens 1 middelzware chronische klacht*	22%	35% <sup>3</sup>	22%	32% <sup>3</sup>
Percentage minstens 1 ernstige chronische klacht*	14%	25% <sup>3</sup>	11% <sup>b</sup>	17% <sup>3 c</sup>
Ervaren gezondheid (slechter)	1.72	2.10 <sup>3</sup>	1.70	2.04 <sup>3 a</sup>
Percentage GHQ-score ≥5	5.5%	21% <sup>3</sup>	8% <sup>c</sup>	28% <sup>3 c</sup>
Percentage minstens 2 handicaps	47%	53% <sup>2</sup>	53% <sup>c</sup>	56%
BioPro	1.00	2.21 <sup>3</sup>	1.13 <sup>b</sup>	2.32 <sup>3</sup>
Life events	1.78	2.35 <sup>3</sup>	1.81	2.30 <sup>3</sup>
<b>C Biologisch/seksegebonden klachten</b>				
Acute menstruatieklachten			9%	17% <sup>3</sup>
Anticonceptieproblemen			1%	2% <sup>3</sup>
Chronische menstruatieklachten			6%	10% <sup>3</sup>
Zwangerschap			2%	6% <sup>3</sup>
Chronische prostaatklachten	1.0%	1.8% <sup>1</sup>		
<b>D Leefgewoonten</b>				
Percentage rokers	45.6%	50.8% <sup>2</sup>	36.9% <sup>c</sup>	41.0% <sup>2 c</sup>
Aantal glazen alcohol per dag	2.34	2.31	1.46 <sup>c</sup>	1.51 <sup>c</sup>
Aantal uren slaap doordeweeks	7.91	8.04 <sup>2</sup>	8.36 <sup>c</sup>	8.33 <sup>c</sup>
Aantal uren slaap weekend	8.66	8.75 <sup>1</sup>	8.91 <sup>c</sup>	9.01 <sup>2 c</sup>
Percentage actieve sportbeoefenaars	42.9%	39.8%	40.1% <sup>a</sup>	37.0% <sup>1 c</sup>
Percentage Quetelet afwijking van normaal gewicht	44.6%	42.5%	42.7%	44.3%
Percentage ≥2 ongezonde leefgewoonten	66.1%	66.9% <sup>2</sup>	52.3% <sup>c</sup>	56.3% <sup>1 c</sup>
<b>E Medische consumptie</b>				
Percentage huisarts bezocht laatste 2 maanden	29%	40% <sup>3</sup>	38% <sup>c</sup>	49% <sup>3 c</sup>
Percentage specialist bezocht laatste 2 maanden	12%	18% <sup>3</sup>	15% <sup>c</sup>	20% <sup>3</sup>
Percentage alternatieve genezer laatste 5 jaar	11%	17% <sup>3</sup>	14% <sup>c</sup>	26% <sup>3 c</sup>
Percentage opname AGZ laatste 5 jaar	20%	26% <sup>3</sup>	23%	29% <sup>3</sup>
Percentage contact GGZ laatste 5 jaar	5%	12% <sup>3</sup>	6%	13% <sup>3</sup>
Percentage voorgeschreven medicijnen 2 weken	20%	35% <sup>3</sup>	26% <sup>c</sup>	39% <sup>3 c</sup>
Percentage niet-voorgeschreven medicijnen 2 weken	18%	30% <sup>3</sup>	26% <sup>c</sup>	37% <sup>3 c</sup>

<sup>1</sup> = .05 < p < .01; <sup>2</sup> = .01 < p < .0017; <sup>3</sup> = .0017 < p tussen kolom 1 en 2 of tussen kolom 3 en 4.

<sup>a</sup> = .05 < p < .01; <sup>b</sup> = .01 < p < .0017; <sup>c</sup> = .0017 < p tussen kolom 1 en 3 of tussen kolom 2 en 4.

### Biologisch-seksegebonden klachten

In *tabel 1C* zijn enkele biologisch-seksegebonden klachten apart geanalyseerd. Chronische prostaatklaften kwamen onder mannen zonder moeheidsklachten nauwelijks even vaak voor als onder mannen met moeheidsklachten. Bij vrouwen is het patroon anders. Meer vrouwen die zich moe voelden, hadden acute of chronische menstruatieklaften en anticonceptieproblemen. Ook waren er onder de vrouwen met moeheidsklachten meer zwangere vrouwen, hetgeen overeenkomt met de gegevens van de BioPro.

### Leefgewoonten

Onder de mensen met moeheidsklachten waren meer rokers (*tabel 1D*). Vermoeide mannen sliepen meer dan hun niet-vermoeide seksegenoten.

Sekseverschillen bij moeheidsklachten weken nauwelijks af van sekseverschillen in de totale bevolking. Mannen rookten meer, dronken meer, sliepen minder en hadden minder vaak overgewicht. Onder vrouwen met moeheidsklachten was het aantal actieve sporters significant lager dan onder mannen; in de totale bevolking was dit verschil er nauwelijks.

### Leefsituatie

In *tabel 1A* zijn ook enige gegevens opgenomen over de leefsituatie van de respondenten, met name gegevens over werk en gezin. In zijn algemeenheid namen mannen vaker dan vrouwen deel aan het arbeidsproces. Uit de tabel kunnen we echter lezen dat – ten opzichte van de rest van de populatie – mannen met moeheidsklachten relatief minder vaak actief aan het arbeidsproces deelnamen (81 versus 85 procent), terwijl vrouwen met moeheidsklachten juist wel vaker aan het arbeidsproces deelnamen (54 versus 48 procent). Onder hoofdarbeiders kwamen zowel bij mannen als bij vrouwen meer personen voor met moeheidsklachten.

Wanneer we de gezinssituatie analyseren, valt op dat mensen met moeheidsklachten minder vaak een partner hadden; dat geldt voor mannen en voor vrouwen. De gezinsgrootte verschilde nauwelijks; wel hadden vermoeide vrouwen vaker een

gezin met kinderen onder de zes jaar. Bij mannen is dit verschil niet significant.

### Medische consumptie

De medische consumptie van mensen met moeheidsklachten was bij alle indicatoren hoger (*tabel 1E*). Meer mensen met moeheidsklachten hadden de laatste twee maanden een huisarts of specialist bezocht en gebruikten de afgelopen twee weken medicijnen, al dan niet op recept. De laatste vijf jaar waren meer mensen met moeheid opgenomen in een algemeen ziekenhuis en hadden meer mensen met moeheid contact met de GGZ en alternatieve hulpverleners.

Het patroon van sekseverschillen binnen de categorie mensen met moeheid wijkt nauwelijks af van het patroon in de algemene populatie, met dien verstande dat de sekseverschillen bij specialistenbezoek in de groep mensen-met-moeheid verdwijnen. In het algemeen bezochten vrouwen vaker de huisarts, slikten zij meer medicijnen en bezochten zij vaker alternatieve genezers.

### Sekseverschillen in de voorspelling van moeheid

De in de bivariate analyses relevant gebleken variabelen zijn ingebracht in een logistische regressievergelijking om na te gaan welke variabelen een onafhankelijke bijdrage leveren aan de voorspelling van moeheid. Ruim 81 procent van de mannen en ruim 75 procent van de vrouwen bleek met behulp van de gekozen regressievergelijking correct geïdentificeerd te kunnen worden in de categorieën 'moe' en 'niet-moe'. Leeftijd en opleiding droegen bij beide seksen bij tot een correcte classificatie: jongeren en mensen met een hogere opleiding rapporteerden vaker moeheidsklachten (*tabel 2*). Dit was ook het geval bij mannen die hoofdarbeid verrichtten; bij vrouwen was het verrichten van hoofdarbeid geen voorspeller van moeheid. Wel voorspelde bij vrouwen het (überhaupt) hebben van een baan, en het verzorgen van kinderen onder de zes jaar de aanwezigheid van moeheidsklachten; bij mannen differentieerden deze variabelen niet tussen moe en niet-moe.

Ook de gezondheidsindicatoren toonden gedeeltelijk een sekse specifiek beeld. Acute klachten en een slechtere ervaren gezondheid droegen bij beide seksen bij aan de voorspelling van moeheid. Daarnaast leverde bij mannen (en niet bij vrouwen) het hebben van meer handicaps een eigen bijdrage aan de voorspelling. Bij vrouwen leverden biologisch-seksegebonden klachten een onafhankelijke bijdrage tot de voorspelling van moeheid, bij mannen niet.

Indicatoren voor de geestelijke gezondheid bleken eveneens gedeeltelijk sekse specifiek te zijn: bij beide seksen waren psychosociale problemen (BioPro) voorspellers van moeheid; daarnaast droeg bij vrouwen de GHQ bij tot de voorspelling van moeheid. Dit was niet het geval bij mannen. Bij mannen hadden ingrijpende levensgebeurtenissen in het verleden een onafhankelijke invloed op moeheid.

### Voorspelling van moeheid bij subcategorieën van mannen

Bij mannen bleek het al dan niet uitvoeren van hoofdarbeid belangrijk in de voorspelling voor moeheid. Daarom is nagegaan of de factoren waarmee moeheid samenhangt, verschillen bij mannen zonder werk, mannen met hoofdarbeid en mannen met handarbeid (*tabel 3*). De percentages correcte classificaties lopen uiteen van 78 tot 84 procent.

Moeheidsklachten kwamen het minst voor onder mannen met handarbeid en het meest onder mannen zonder werk. In overeenstemming met het totaalbeeld voor mannen waren leeftijd, opleiding en het aantal acute klachten bij alle categorieën voorspellers van moeheid. Voor het overige zien we een aantal interessante verschillen. Bij mannen zonder werk werd moeheid vooral voorspeld door de ervaren gezondheid en ernstige chronische klachten. Bij mannen met hoofdarbeid speelden indicatoren van geestelijke gezondheid een belangrijke rol, met name de GHQ en BioPro. Mannen met handarbeid die moeheidsklachten rapporteerden, hadden meer psychosociale problemen (BioPro) en hadden recent meer ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt (Life events).

**Tabel 2 Voorspelling moeheid bij mannen en vrouwen**

	Mannen n=4187		Vrouwen n=4102	
	B (SE)	Odds	B (SE)	Odds
Leeftijd <sup>c</sup>	-.03 (.00)†	.97	-.01 (.00)†	.98
Opleiding	.16 (.03)‡	1.16	.14 (.02)‡	1.15
Hoofdarbeid	.30 (.11)†	1.35		
Werk Partner			.31 (.11)†	1.35
Kinderen <6 jaar			.42 (.11)‡	1.52
Aantal acute klachten <sup>c</sup>	.35 (.02)‡	1.42	.29 (.01)‡	1.34
Licht chronische klachten				
Midden ernstige chronische klachten				
Ernstige chronische klachten				
Gezondheidsoordeel <sup>c</sup>	.33 (.07)‡	1.39	.26 (.06)‡	1.31
Lichamelijke beperkingen ≥2	.27 (.11)*	1.31		
Biologisch-seksespecifieke klachten <sup>§</sup>			.39 (.10)‡	1.46
GHQ			.36 (.11)‡	1.43
BioPro <sup>c</sup>	.06 (.02)*	1.06	.05 (.02)*	1.05
Life events <sup>c</sup>	.05 (.02)*	1.05		
≥2 ongezonde leefgewoonten				
Correct voorspeld totaal		81%		75%
Niet moe correct voorspeld		95%		87%
Moe correct voorspeld		40%		54%
Moe geobserveerd		24%		38%

Significantie-niveau B-coëfficiënt: \* .05 ≤ p < 0.1; † .01 < p < .001; ‡ .001 < p.

Odds = bij dichotome variabelen: toename in odds bij aanwezigheid (score 1) van variabele in vergelijking met afwezigheid (score 0); bij continue variabele: verandering in odds als variabele met 1 eenheid toeneemt.

c continue variabele; § dichotome variabele bij mannen; continue variabele bij vrouwen.

**Tabel 3 Voorspelling moeheid bij mannen naar werksituatie (exclusief zelfstandigen)**

	Geen werk n=661		Hoofdarbeid n=1282		Handarbeid n=1516	
	B (SE)	Odds	B (SE)	Odds	B (SE)	Odds
Leeftijd <sup>c</sup>	-.02 (.01)*	.98	-.02 (.01)†	.98	-.03 (.01)†	.98
Opleiding	.20 (.07)†	1.22	.17 (.04)‡	1.20		
Partner					.64 (.30)*	1.87
Kinderen <6 jaar						
Aantal acute klachten <sup>c</sup>	.27 (.04)‡	1.32	.38 (.03)‡	1.46	.32 (.03)‡	1.45
Licht chronische klachten						
Midden ernstige chron. klachten						
Ernstige chron. klachten	.60 (.23)*	1.82				
Gezondheidsoordeel <sup>c</sup>	.58 (.15)‡	1.78				
Lich. beperkingen ≥2						
Biologisch-seksespecifieke klachten <sup>c</sup>						
GHQ			.61 (.24)*	1.84		
BioPro <sup>c</sup>			.09 (.03)*	1.09	.14 (.05)†	1.15
Life events <sup>c</sup>					.09 (.04)*	1.09
≥2 ongezonde leefgewoonten						
Correct voorspeld totaal		81%		78%		84%
Niet moe correct voorspeld		93%		93%		97%
Moe correct voorspeld		52%		41%		32%
Moe geobserveerd		29%		27%		19%

Significantie-niveau B-coëfficiënt: \* .05 ≤ p < 0.1; † .01 < p < .001; ‡ .001 < p.

c continue variabele (alle overige variabelen: dichotoom).

Odds = bij dichotome variabelen: toename in odds bij aanwezigheid (score 1) van variabele in vergelijking met afwezigheid (score 0); bij continue variabele: verandering in odds als variabele met 1 eenheid toeneemt.

**Tabel 4** Voorspelling moeheid bij vrouwen naar werksituatie en kinderen <6 jaar

	Werk+ kinderen+ n=188		Werk+ kinderen- n=1875		Werk- kinderen+ n=520		Werk- kinderen- n=1519	
	B (SE)	Odds	B (SE)	Odds	B (SE)	Odds	B (SE)	Odds
Leeftijd <sup>c</sup>			-.01 (.00)*	.98			-.02 (.00)†	.98
Opleiding			.04 (.04)†	1.10	.23 (.08)†	1.26	.18 (.05)‡	1.20
Partner								
Aantal acute klachten <sup>c</sup>	.45 (.09)‡	1.57	.33 (.02)‡	1.39	.34 (.05)‡	1.40	.24 (.02)‡	1.28
Licht chronische klachten								
Midden ernstige chronische klachten								
Ernstige chronische klachten								
Gezondheidsoordeel <sup>f</sup>			.27 (.10)†	1.31			.35 (.11)†	1.42
Lichamelijke beperkingen ≥2								
Biologisch-seksespecifieke klachten <sup>c</sup>			.32 (.14)*	1.38	.53 (.25)*	1.69		
GHQ			.46 (.18)*	1.59	.83 (.33)*	2.32		
BioPro <sup>c</sup>			.10 (.03)†	1.11				
Life events <sup>c</sup>								
≥gezonde leefgewoonten								
Correct voorspeld totaal		77%		74%		73%		77%
Niet moe correct voorspeld		83%		85%		85%		91%
Moe correct voorspeld		69%		58%		57%		48%
Moe geobserveerd		46%		40%		41%		33%

Significantie-niveau B-coëfficiënt: \* .05 ≤ p ≤ 0.1; † .01 < p ≤ .001; ‡ .001 < p.

c continue variabele (alle overige variabelen: dichotoom).

Odds = bij dichotome variabelen: toename in odds bij aanwezigheid (score 1) van variabele in vergelijking met afwezigheid (score 0); bij continue variabele: verandering in odds als variabele met 1 eenheid toeneemt 4.

### Voorspelling van moeheid bij subcategorieën van vrouwen

In de logistische regressievergelijking bleken bij vrouwen het al dan niet hebben van betaald werk en het al dan niet verzorgen van jonge kinderen van invloed op de rapportage van moeheidsklachten. Daarom zijn deze vier leefsituaties nader geanalyseerd (tabel 4). Het percentage correcte classificaties varieerde tussen de 73 en 77 procent. Moeheidsklachten kwamen het minst voor bij vrouwen zonder werk en zonder jonge kinderen. De groep vrouwen met zowel een baan als kinderen onder de zes jaar werden het meest door moeheid geplaagd.

Wanneer we de logistische regressievergelijkingen van de verschillende subgroepen met elkaar vergelijken, zien we verschillende patronen. Het patroon voor

vrouwen die werken maar geen jonge kinderen verzorgen, komt grotendeels overeen met het patroon van alle vrouwen samen. Moeheid werd voorspeld door: leeftijd, opleiding, het aantal acute klachten, de ervaren gezondheid en biologische seksespecifieke klachten en door de BioPro en GHQ. Bij vrouwen die werken en kinderen jonger dan zes jaar verzorgen, werd moeheid uitsluitend voorspeld door het aantal acute klachten. Bij vrouwen die jonge kinderen verzorgen maar niet werken, waren naast de acute klachten, ook de opleiding, het aantal biologisch-seksespecifieke klachten en de GHQ voorspellers van moeheid. Bij vrouwen die niet werken en ook geen jonge kinderen verzorgen, werd moeheid voorspeld door leeftijd, opleiding, het aantal acute klachten en de ervaren gezondheid.

### Beschouwing

Zoals op basis van de literatuur te verwachten was, rapporteerden vrouwen vaker moeheidsklachten dan mannen: 38 tegenover 24 procent. Daarmee convergeren in deze studie twee, vaak gescheiden onderzoeklijnen: vrouwen rapporteren doorgaans meer gezondheidsproblemen dan mannen,<sup>25 26 48-51</sup> en mensen met moeheidsklachten rapporteren doorgaans meer gezondheidsproblemen dan mensen zonder moeheidsklachten.<sup>2 17 52</sup> Toch zijn niet alle vrouwen moe, noch zijn alle vermoeide mensen vrouw. Dat maakt het interessant om de achtergronden van de gevonden sekseverschillen nader te analyseren.

De resultaten van deze studie tonen deels een seksespecifiek, deels een alge-

meen beeld van ervaren moeheid. Algemeen is dat vooral jonge, goed opgeleide mensen moeheidsklachten rapporteerden. Algemeen is ook, dat moeheid zelden een op zichzelf staande klacht is: vermoeide mensen hadden ook een slechtere ervaren gezondheid, rapporteerden meer (andere) acute klachten en psychosociale problemen en hadden een hogere medische consumptie dan mensen zonder moeheidsklachten. Maar er zijn ook enkele duidelijke verschillen tussen vermoeide mannen en vermoeide vrouwen zichtbaar geworden.

Bij vrouwen lijkt vooral de voortplantingsfunctie op verschillende manieren samen te hangen met moeheidsklachten. Zo laten de analyses zien dat moeheid samenhangt met anticonceptieproblemen, menstruatieklachten en zwangerschap – zaken die mannen per definitie niet kunnen treffen. Het is echter gevaarlijk dit uitsluitend toe te schrijven aan biologische processen. Uit een onderzoek van *Lagro-Janssen et al.* bleek immers dat vrouwen met typische vrouwenklachten (in dit geval: een uterusextirpatie) ook meer vermoeidheidsklachten hadden én in zijn algemeenheid een grotere neiging hadden tot somatiseren.<sup>53</sup> Dit suggereert dat ook een psychologisch referentiekader op zijn plaats is bij de interpretatie van de resultaten, met name de wijze van betekenisgeving van klachten.

Daarnaast speelt zeker ook het sociale referentiekader een rol van betekenis: het krijgen van een kind en het in gezinsverband leven met kinderen onder de zes jaar hangt bij vrouwen wél en bij mannen niet samen met moeheidsklachten. Daarmee wordt duidelijk dat het verzorgen van kleine kinderen voor vrouwen een andere betekenis heeft dan voor mannen: zij zijn in ieder geval vaker moe. Deze resultaten worden in enkele buitenlandse studies bevestigd.<sup>19 24 54</sup>

Eén mythe over de oververtegenwoordiging van moeheidsklachten bij vrouwen moet op basis van deze studie verworpen worden: de mythe dat huisvrouwen (bij gebrek aan externe stimuli) vooral gericht zijn op interne stimuli, en daardoor eerder dan mannen geneigd zouden zijn lichame-

lijke signalen waar te nemen en daarop te reageren. De groep vrouwen zonder werk en zonder jonge kinderen (de meest prikkelarme groep) blijkt in onze studie immers de minste moeheidsklachten te presenteren. De meeste moeheidsklachten komen voor onder vrouwen die de zorg voor kleine kinderen combineren met een baan buitenshuis. Externe belasting lijkt bij deze groep de grootste boosdoener te zijn, al kunnen in een correlatieve studie als deze uiteraard geen uitspraken over causaliteit worden gedaan.

Bij mannen blijkt de factor 'arbeid' vooral van belang te zijn bij de interpretatie van moeheidsklachten. Bij mannen die niet (meer) actief aan het arbeidsproces deelnemen, hangt vooral de slechtere lichamelijke gezondheidstoestand samen met ervaren moeheid; bij werkende mannen blijkt vooral het type werk gerelateerd te zijn aan de moeheidsklachten. Goed opgeleide mannen met hoofdarbeid rapporteren veel moeheidsklachten, terwijl de mannen met handarbeid het minste moeheidsklachten rapporteren. Ook dit ontkracht een mythe: fysieke arbeid leidt juist niet tot moeheidsklachten. Interessant is voorts dat bij mannen die hoofdarbeid verrichten de GHQ (een screeningsinstrument voor psychische stoornissen) bijdraagt aan de voorspelling voor moeheid. Goed opgeleide mannen die hoofdarbeid verrichten, vertonen daarmee hetzelfde profiel als vrouwen met een baan die niet de zorg voor kleine kinderen hebben.

Wat betekenen deze resultaten nu voor de rol van de huisarts?

Voor een goed begrip daarvan zijn twee essentiële kenmerken van de klacht moeheid van belang. In de eerste plaats is het duidelijk dat moeheid zowel een fysieke als een psychologische of sociale verklaring kan hebben. Vaak, zo niet altijd, zijn deze met elkaar verweven.<sup>8 21 55</sup> Gezien het multifactoriële karakter van moeheid zal bemoeienis van de huisarts daarom altijd plaats moeten vinden vanuit een biopsychosociaal referentiekader. In de tweede plaats heeft de literatuur ons duidelijk gemaakt dat moeheid niet objectief (bijvoor-

beeld door laboratoriumonderzoek) kan worden vastgesteld;<sup>6 14-20</sup> het is een subjectieve ervaring van de patiënt,<sup>48</sup> die tot stand komt op basis van een proces van interpretatie en naamgeving, waarin vaak een verwarrend geheel van beleving, zelfobservatie, besef van verminderd functioneren en elementaire kennis van ziekten zijn samengebracht.<sup>56</sup> Patiënten wenden zich tot hun huisarts voor een objectivering van hun moeheidsklachten. Daarmee krijgt de arts een belangrijke rol in de duiding van deze klachten. Arts en patiënt geven *samen* betekenis aan de klacht 'moeheid'. Dat betekent dat bij een klacht als moeheid voor een huisarts onderhandelen belangrijker is dan handelen, praten belangrijker dan laboratoriumonderzoek.

Goede arts-patiënt communicatie is nodig voor goede huisartsgeneeskundige zorg bij patiënten met moeheidsklachten. Deze studie laat zien dat daarbij vooral aandacht nodig is voor de leefsituatie van de patiënt, en met name voor de verhouding tussen draagkracht en draaglast. Het huisvrouwenbestaan is op zichzelf geen verklarende factor voor moeheidsklachten. Dubbele belasting blijkt dat wel te zijn. Bij vrouwen met een baan en kleine kinderen kan een simpel advies al wonderen doen: door te adviseren rust te nemen wanneer dat mogelijk is, laat de huisarts de patiënt merken de klachten serieus te nemen en niet te interpreteren als onnodig gezeur. Bij jonge, goed opgeleide mannen die hoofdarbeid verrichten, kan de klacht moeheid wijzen op psychische overbelasting. Alertheid hierop kan wellicht 'burn out' helpen voorkomen.

Voor vele huisartsen is moeheid een diagnostisch raadsel. Niettemin is het een belangrijk huisartsgeneeskundig probleem, ook al omdat vermoeidheid een sterke invloed heeft op de kwaliteit van leven.<sup>57</sup> Bovendien blijkt uit onderzoek dat voor patiënten de klacht moeheid veel belangrijker is dan voor de arts, én belangrijker dan artsen zich realiseren; moeheid wordt door patiënten zelfs als het belangrijkste symptoom gezien.<sup>2</sup> *De Gruy* merkte in dat kader op dat het ironisch is dat klachten die het meeste voorkomen, het minst door de



artsen begrepen worden.<sup>58</sup> Ook dat maakt het diagnostisch raadsel tot een belangrijk huisartsgeneeskundig probleem.

## Literatuur

- 1 Foets M, Sixma H. Een Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport gezondheid en gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie. Utrecht: Nivel, 1991.
- 2 Lewis G, Wessely S. The epidemiology of fatigue: more questions than answers. *J Epidemiol Community Health* 1992; 46: 92-7.
- 3 Ingham J, Miller P. Symptom prevalence and severity in a general practice population. *J Epidemiol Community Health* 1979; 33: 191-8.
- 4 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 5 Van der Velden J, De Bakker DH, Claessens AAMC, Schellevis FG. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1991.
- 6 Feyen L, Foucart L, De Meyere M, et al. Dokter, ik ben zo moe. Een klinische discussie rond moeheid. *Huisarts Nu* 1994; 53-7.
- 7 McWhinney J. Textbook of family medicine. New York: Oxford University Press, 1989: 260-77.
- 8 Penninckx HKM. Epidemiologische gegevens en filosofische overwegingen over de klacht moeheid. *Bijblijven* 1991; 7: 4-8.
- 9 Vercoulen JHMM, Swanin CMA, Galama JMD, et al. Het chronische moeheidssyndroom. II. Psychosociale hypothesen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1991; 135: 2010-3.
- 10 Kennedy HG. Fatigue and fatigability. *Br J Psychiatry* 1988; 153: 1-5.
- 11 Ridsdale L. Chronic fatigue in family practice. *J Fam Pract* 1989; 29: 486-8.
- 12 Wemekamp H. Ik moe? Dat kan niet. *Ned Tijdschr Geneesk* 1992; 136: 1433-5.
- 13 Knottnerus JA, Starmans R, Vissers A. Diagnostische conclusies van de huisarts naar aanleiding van onverklaarde moeheid. *Huisarts Wet* 1987; 30: 9-12.
- 14 Knottnerus JA, Knipschild PG, Van Wersch JWJ, Sijstermans AHJ. Unexplained fatigue and hemoglobin: a primary care study. *Can Fam Physician* 1986; 32: 1601-4.
- 15 Zaat JOM, Schellevis FG, Kluijnt I, et al. Laboratoriumonderzoek bij de klacht moeheid in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1992; 35: 183-7.
- 16 Knottnerus JA, Knipschild PG, Van Wersch JWJ, Sijstermans AHJ. Onverklaarde moeheid en hemoglobinegehalte; een onderzoek vanuit de huisartspraktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 1986; 130: 402-5.
- 17 Kroenke K, Wood DR, Mangelsdorff AD, et al. Chronic fatigue in primary care. Prevalence, patient characteristics and outcome. *JAMA* 1988; 260: 929-34.
- 18 Ridsdale L, Evans A, Jerrett W, et al. Patients with fatigue in general practice: a prospective study. *BMJ* 1993; 307: 103-6.
- 19 Morrison JD. Fatigue as a presenting complaint in family practice. *J Fam Pract* 1980; 10: 795-801.
- 20 Sugarman JR, Berg AO. Evaluation of fatigue in a family practice. *J Fam Pract* 1984; 19: 643-7.
- 21 Pawlikowska T, Chalder T, Hirsch SR, et al. Population based study of fatigue and psychological distress. *BMJ* 1994; 308: 763-5.
- 22 Terluin B, Gill K, Winnubst JAM. Hoe zien huisartsen surmenage? *Huisarts Wet* 1992; 35: 311-5.
- 23 Chen MK. The epidemiology of self-perceived fatigue among adults. *Prev Med* 1986; 15: 74-81.
- 24 Valdini A, Steinhardt S, Valicenti J, Jaffe A. A one-year follow-up of fatigued patients. *J Fam Pract* 1988; 26: 33-8.
- 25 Gijsbers van Wijk CMT, Van Vliet KP. 'Het zieke geslacht'. Over sexeverschillen in morbiditeit, medische consumptie en de rapportage van lichamelijke symptomen. *Gedrag & Gezondheid* 1989; 17: 59-68.
- 26 De Bakker DH, Claessens AAMC, Van der Velden J. Man-vrouw verschillen in gezondheid en medische consumptie. Utrecht: Nivel, 1992.
- 27 Kandrack MA, Grant KR, Segall A. Gender differences in health related behaviour: some unanswered questions. *Soc Sci Med* 1991; 32: 579-90.
- 28 Anson O, Paran E, Neumann L, Chernichovsky D. Gender differences in health perceptions and their predictors. *Soc Sci Med* 1993; 36: 419-27.
- 29 Lieban RW. Gender and symptom sensitivity: report on a Phillipine study. *Am J Orthopsychiatry* 1985; 55: 446-50.
- 30 Stroebe MS, Stroebe W. Who suffers more? Sex differences in health risks of the widowed. *Psychol Bull* 1983; 93: 279-301.
- 31 Jansen W, Brinkgreve C. Waanzin en vrouwen. Amsterdam/Lisse: Swets en Zeitlinger, 1991.
- 32 Hibbard JM, Pope CR. The quality of social roles as predictors of morbidity and mortality. *Soc Sci Med* 1993; 36: 217-25.
- 33 Bartley M, Popay J, Plewis I. Domestic conditions, paid employment and women's experience of ill-health. *Sociology of Health and Illness* 1992; 14: 313-43.
- 34 Van der Velden HGM. Huisvrouw - huisarts - huisgezin. Een onderzoek naar ziekten en gezondheidsstoornissen bij een aantal huisvrouwen in een huisartspraktijk. Nijmegen: Dekker & Van de Vegt, 1971.
- 35 Miles A. Women, health and medicine. Milton Keynes: Open University Press, 1991.
- 36 Gove WR. Gender differences in mental illness among adult men and women: an evaluation of four questions raised regarding the evidence on the higher rates of women. *Soc Sci Med* 1978; 3: 187-98.
- 37 Brinkgreve C. De vrouw en het badwater. Over de lusten en lasten van het moderne (vrouwen)leven. Amsterdam: Meulenhoff, 1992.
- 38 Bartley M, Popay J, Plewis I. Domestic conditions, paid employment and women's experience of ill-health. *Sociol Health Illness* 1992; 14(3): 33.
- 39 Hall EM. Double exposure: the combined impact of the home and work environments on psychosomatic strain in Swedish women and men. *Int J Health Serv* 1992; 22: 239-60.
- 40 Weatherall R, Joshi H, Macran S. Doubled burdens or double blessing? Employment, motherhood and mortality in the longitudinal study of England and Wales. *Soc Sci Med* 1994; 38: 285-97.
- 41 Gijsbers van Wijk CMT, Kolk AM, Van den Bosch WJHM, Van den Hoogen HJM. Male and female morbidity in general practice: the nature of sex differences. *Soc Sci Med* 1992; 35: 665-78.
- 42 Bensing JM, Foets M, Van der Velden J. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. *Huisarts Wet* 1991; 34: 51-61.
- 43 Foets M, Van der Velden J. Een Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: meetinstrumenten en procedures. Utrecht: Nivel, 1990.
- 44 Furer JW, Tax LCMM. Eindrapport van het Regioproject Nijmegen. Nijmegen: Instituut voor Sociale Geneeskunde, 1987.
- 45 Goldberg D. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press, 1972.
- 46 Hodiamont PR. Het zoeken van zieke zielen. Een onderzoek omtrent diagnostiek,

- epidemiologie en hulpzoekgedrag in het kader van de sociale psychiatrie. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986.
- 47 Norusis MJ. Logistic regression. In: Norusis JM. SPSS for Unix. Advanced Statistics Release 5.0. Chicago: SPSS, 1993: 1-30.
- 48 Van den Brekel EJG. Gezondheid en medische consumptie naar geslacht. Maandbericht Gezondheidsstatistiek 1987; 2: 5-55.
- 49 Meeuwesen L, Ruiters M, Westerbeek van Eeden J, Brinkgreve C. Vrouwen en gezondheid, een overzicht van onderzoek naar gezondheidsklachten van vrouwen, 1970-1990. 's Gravenhage: STEO, 1991.
- 50 Popay J, Bartley M, Owen, C. Gender inequalities in health: social position, affective disorders and minor physical morbidity. Soc Sci Med 1993; 36: 21-32.
- 51 Verbrugge LM. The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. J Health Soc Behav 1989; 30: 282-304.
- 52 Price RK, North CS, Wessely S, Fraser VJ. Estimating the prevalence of chronic fatigue syndrome and associated symptoms in the community. Public Health Reports 1992; 107: 514-521.
- 53 Lagro-Janssen T, Frénay J, Van Arendonk M. Alles weggehaald... 2. Een onderzoek naar enkele kenmerken van vrouwen die een uterusextirpatie hebben ondergaan. Huisarts Wet 1986; 29: 168-71.
- 54 David A, Pelosi A, McDonald E, et al. Tired, weak or in need of rest: fatigue among general practice attenders. BMJ 1993; 307: 103-6.
- 55 White PD. Fatigue and chronic fatigue syndromes. In: Dass C, ed. Somatization: physical symptoms and psychological illness. Oxford: Blackwell, 1990: 104-40.
- 56 Harari D, Glas G. Chronische moeheid, testcase voor de geneeskunde. Tijdschr Psychiatr 1993; 35: 51-63, 10.
- 57 Nelson E, Kirk J, McHugo G. et al. Chief complaint: fatigue: a longitudinal study from the patient's perspective. Fam Pract Res 1987; 6: 175-88, 4.
- 58 De Gruy F. Commentary. J Fam Pract 1990; 30: 39-41. ■

#### Abstract

#### Bensing JM, Schreurs K. Gender differences in fatigue. Huisarts Wet 1995; 38(9): 412-21.

Women complain more frequently of fatigue than men. An investigation was made into the factors in men and women which relate to the reporting of fatigue within the context of a patient questionnaire under the auspices of the National Study of Morbidity and Intervention in General Practice by Nivel. Data were analyzed from all individuals between the ages of 15 and 65 (n=9, 379). Problems of fatigue would appear, in part, general and, in part, gender-specific in nature. Men and women who complain of fatigue are younger, have enjoyed a higher level of education, suffer from more acute complaints, more psycho-social problems and have a more negative assessment of their own health. In addition, as regards men, complaints of fatigue coincide with physical impairments and more stressful life events. As far as women are

concerned, gender-specific biological and psychological complaints contribute to fatigue.

There are also gender differences in the characteristics of the living situation related to fatigue. Among men, complaints of fatigue come most often from the unemployed and primarily white collar workers. In contradistinction to what is often assumed, the physical effort required of manual workers does not lead to complaints of fatigue. The presence of small children in the household plays no role in the case of men. On the other hand, women with small children are more often tired than women without them, especially when they combine care for small children with an outside job. The life of a housewife, as such, does not seem to lead to many complaints of fatigue. Fatigue is often a diagnostic puzzle to the GP, because it can indicate a range of phenomena; lab tests seldom provide a clear answer. For the patients though, fatigue is a much more important problem than doctors realize. As a result of a combination of these factors, fatigue can easily lead to disruption in the doctor-patient relationship. As a biomedical cause is seldom found and the interpretation of the complaints has to be sought in the patient's living situation, negotiating with the patients is more important than taking action. Important factors in providing good care are to take the patient's complaints seriously and to make an analysis of the factors that have upset the balance between what is supportable and insupportable. In addition, simple advice can be provided like 'take a rest whenever you can'.

**Key words** Fatigue; Gender; Sex differences.  
**Correspondence** Prof.dr. J.M. Bensing, Nivel, PO Box 1568, 3500 BN Utrecht, The Netherlands.