

Hoe zien huisartsen surmenage?

B. TERLUIN
K. GILL
J.A.M. WINNUBST

Welk beeld hebben huisartsen van (patiënten met) surmenage? Om hier inzicht in te krijgen, is een schriftelijke enquête gehouden onder een aselecte steekproef huisartsen. De respons bedroeg 34 procent, maar er zijn aanwijzingen dat deze respons representatief is voor 63 procent van de benaderde huisartsen. Het beeld dat de respondenten van surmenage hebben, kan als volgt worden samengevat. Surmenage is een syndroom dat ontstaat door 'overbelasting' ten gevolge van een wanverhouding tussen 'draaglast' en 'draagkracht'. Aan de kant van de draaglast spelen werkproblemen een belangrijke rol, naast andere problemen, levensgebeurtenissen en overbelasting in werk en/of gezin. Aan de draagkracht-kant kunnen persoonlijkheidsfactoren meespelen. Het klinisch beeld wordt beheerst door klachten over moeheid, futloosheid, psychische spanning, slaapproblemen, prikkelbaarheid, labiliteit, piekeren, concentratiestoornissen en het onvermogen normaal te functioneren. De meeste patiënten met surmenage worden door hun huisarts begeleid en zijn binnen drie tot zes maanden weer hersteld.

Terluin B, Gill K, Winnubst JAM. Hoe zien huisartsen surmenage? *Huisarts Wet* 1992; 35(8): 311-5.

Bedrijfsvereniging voor Detailhandel, Ambachten en Huisvrouwen (DETAM), Utrecht / Stichting Eerstelijns Voorzieningen Almere (EVA), Almere.

B. Terluin, huisarts; Prof. dr. K. Gill, emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde; Prof. dr. J.A.M. Winnubst, hoogleraar psychologie, Rijksuniversiteit Utrecht.

Correspondentie: B. Terluin, Gezondheidscentrum 'De Spil', 's-Hertogenboschplein 1, 1324 WB Almere.

Inleiding

De diagnose surmenage (overspanning) wordt in de huisartspraktijk frequent gebruikt voor het aanduiden van bepaalde psychische problematiek. In het Monitoringproject was 'surmenage/neurasthenie' de belangrijkste 'mental disorder' met een gemiddelde incidentie van 32 per 1000 per jaar.¹ In de Nationale Studie bleek de incidentie van 'surmenage/neurasthenie' echter slechts 14 per 1000 per jaar.² In beide onderzoeken is onduidelijk wat de coderende artsen precies onder surmenage hebben verstaan, want een omschrijving van deze diagnose ontbrak.

Wij hebben een enquête gehouden onder Nederlandse huisartsen met als vraagstelling: welk beeld hebben huisartsen van (patiënten met) surmenage?

Methode

Als vooronderzoek werd een enquête gehouden onder 96 niet-willekeurig gekozen huisartsen. In deze enquête werd uitsluitend gebruik gemaakt van open vragen om vertekening van de antwoorden in de richting van vooringenomen ideeën onzerzijds te voorkomen.

De respons op deze enquête bedroeg 53 procent. Surmenage werd beschreven als een gevolg van 'overbelasting', c.q. een verstoring van het evenwicht tussen 'draaglast' en 'draagkracht'. De volgende klachten werden het meest genoemd: slaapproblemen, moeheid/malaise, emotionele labiliteit en prikkelbaarheid. Minder frequent werden genoemd: gespannenheid, concentratiestoornissen, depressiviteit, angst, piekeren, gevoelens van 'het niet meer aan kunnen', en diverse psychosomatische klachten. Als oorzaken noemde men enerzijds problemen (in werk of gezin, persoonlijke problemen), levensgebeurtenissen en overbelasting in werk en/of gezin (draaglast), en anderzijds persoonlijke tekortkomingen en verminderde weerstand (draagkracht). Het karakter van patiënten met surmenage werd het meest omschreven als perfectionistisch, ambitieus of sub-assertief.

Als aanvulling op deze gegevens bestudeerden wij de literatuur betreffende sur-

menage en overspanning, neurasthenie, hyperesthetisch-emotioneel syndroom, 'burnout', depressie, 'vitale uitputting' en vermoeidheidssyndromen.³⁻²³ Dit leverde weinig nieuwe gezichtspunten op, behalve op het gebied van de depressieve symptomatologie.

Vervolgens werd een nieuwe enquête samengesteld met een groot aantal gesloten vragen over:

- patiëntkenmerken;
- klinisch beeld (120 items) en duur van de klachten;
- draagkracht (persoonlijkheid (28 items), sociale steun, lichamelijke ziekte of handicap);
- draaglast (oorzaken, 52 items).
- beleid en prognose.

Per item werd de respondent gevraagd op een 10-punts schaal te schatten bij hoeveel procent van de patiënten met surmenage het betreffende kenmerk van toepassing is. Een 30-percentiel score van 6 of hoger bij een bepaald item betekent dat 70 procent van de respondenten schatte dat het betreffende kenmerk aanwezig was bij meer dan 50 procent van de patiënten met surmenage. Dit (arbitraire) criterium is gebruikt om de grootste overeenkomsten onder de respondenten aan te geven.

Om na te gaan hoe *consistent* het beeld is dat huisartsen van surmenage hebben, is een test-hertest onderzoek verricht bij een aselecte steekproef (n=102) uit de eerste 218 respondenten. De hertest bestond uit de eerste 20 vragen van de enquête, die betrekking hadden op de klachten bij surmenage. Als maat voor de hertestbetrouwbaarheid fungeert de Pearson's product-moment correlatiecoëfficiënt tussen de overeenkomstige scores bij de test (de enquête) en de hertest.

Om na te gaan hoe *homogeen* het beeld is dat huisartsen van (patiënten met) surmenage hebben, werden de respondenten at random verdeeld in twee groepen. De ene groep werd met behulp van factor-analyse en cluster-analyse exploratief onderzocht op het bestaan van verschillende clusters. Indien verschillende clusters werden gevonden, werd geprobeerd dit te reproduceren in de andere groep.

Tenslotte is onderzocht in hoeverre ver-

schillende subgroepen huisartsen op basis van geslacht, leeftijd, praktijkvorm en urbanisatie overeenkomen in het beeld dat zij hebben van de klachten, de oorzaken en de persoonlijkheid van patiënten met surmenage.

Het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijns Gezondheidszorg (Nivel) stelde voor dit onderzoek een aselechte steekproef van 1000 adressen uit het bestand van Nederlandse huisartsen beschikbaar. De enquête werd verzonden met een verzoek de vragenlijst oningevuld te retourneren wanneer men geen huisarts (meer) was, wanneer men 'nooit een diagnose als surmenage, overspanning, overbelasting, overwerktheid of iets dergelijks' gebruikte, en wanneer men niet bereid was de enquête in te vullen.

Enkele weken na het verzenden van de enquête werd duidelijk dat de respons aan de lage kant zou blijven, wat vermoedelijk te wijten was aan de lengte van de vragenlijst (gemiddelde invultijd een half uur). Om nog iets te weten te komen over de opvattingen over surmenage van de non-respondenten werd een korte vragenlijst gemaakt bestaande uit 20 items uit het onderdeel 'klachten en verschijnselen' van de enquête. Deze korte vragenlijst werd verstuurd aan:

- een aselechte steekproef (n=96) van de 'niet-invullers' (non-respondenten die om verschillende redenen de enquête oningevuld hadden geretourneerd);
- een aselechte steekproef (n=190) van de 'niet-antwoorders' (non-respondenten die ook na een 'reminder' niets hadden geretourneerd).

De gemiddelde scores op de items van de korte vragenlijst werden vergeleken bij vier groepen met een (veronderstelde) afnemende respons-bereidheid:

- A de respondenten die een (geheel of gedeeltelijk) ingevulde enquête retourneerden vóór de 'reminder'.
- B de respondenten die een (geheel of gedeeltelijk) ingevulde enquête retourneerden na de 'reminder'.
- C de 'niet-invullers' die de korte vragenlijst hadden ingevuld.

D de 'niet-antwoorders' die de korte vragenlijst hadden ingevuld.

Als maat voor de overeenkomst tussen de verschillende responsgroepen fungeert de Pearson's produkt-moment correlatiecoëfficiënt tussen de overeenkomstige scores op de korte vragenlijst.

Resultaten

Respons en representativiteit

Van de enquêtes werden er 2 geretourneerd wegens onbestelbaarheid en 19 omdat de geadresseerde geen huisarts (meer) was. Na een *reminder* bedroeg de respons 34 procent (tabel 1).

Uit tabel 2 blijkt dat respondenten en non-respondenten goed vergelijkbaar zijn voor de meeste aspecten. Alleen ten aanzien van de praktijkvorm is er enig verschil: de solisten zijn bij de respondenten iets ondervertegenwoordigd.

De respons op de hertest bedroeg 84 procent. De correlatie tussen de gemiddelde scores bedroeg 0,99, en die tussen de 30-percentiel scores 0,97. Dat betekent dat de respondenten als groep een zeer consistent beeld van (patiënten met) surmenage hebben.

De respons op de korte vragenlijst bedroeg 51 procent bij de 'niet-invullers' en 40 procent bij de 'niet-antwoorders'. De overeenkomst tussen de groepen ten aanzien van de gemiddelde scores op de items van de korte vragenlijst blijkt zeer groot (tabel 3). Er zijn dus geen aanwijzingen dat de bereidheid om te responderen verband hield met afwijkende opvattingen over surmenage.

Hoe zien huisartsen surmenage?

De 312 respondenten die de enquête (bijna) volledig hebben ingevuld, gaven samen het volgende 'gemiddelde' beeld van (patiënten met) surmenage.

Tabel 1 Resultaat van de enquête. Aantallen respondenten en non-respondenten.

Respons (n=337)	
- enquête (bijna) geheel ingevuld	312
- enquête gedeeltelijk ingevuld	6
- gebruikt geen diagnose als surmenage o.i.d.	19
Non-respons (n=642)	
- enquête oningevuld geretourneerd	246
- niets geretourneerd	396

Tabel 2 Vergelijking van de respondenten en de non-respondenten. Afgeronde aantallen/percentages.

	Respondenten (n=337)	Non-respondenten (n=642)
Gemiddelde leeftijd (jaren)*	44	45
Gemiddelde vestigingsduur (jaren)†	13	13
Percentage mannen	87	89
<i>Praktijkvorm (%)</i>		
- solist	47	56
- duopraktijk	33	29
- groepspraktijk	10	6
- gezondheidscentrum	10	9
Percentage apotheekhoudend	14	13
<i>Urbanisatie (%)</i>		
- platteland	13	11
- verstedelijkt platteland	38	35
- kleine steden	18	16
- middelgrote steden	8	11
- grote steden	23	26
Percentage randstad	47	49

*Leeftijd per 31 december 1990. †Vestigingsduur per 31 december 1990.

• *Patiënten* Surmenage zou even vaak bij vrouwen als bij mannen voorkomen, meestal op een leeftijd tussen de 15 en 65 jaar. De hoogste incidentie ligt tussen 25 en 45 jaar. De meeste patiënten hebben een vaste levenspartner en ongeveer de helft heeft kinderen. De meeste mannelijke en ongeveer de helft van de vrouwelijke patiënten met surmenage hebben een betaalde baan.

• *Klinisch beeld* Eenentwintig klachten en verschijnselen werden door 70 procent van de respondenten aanwezig geacht bij meer dan 50 procent van de patiënten met surmenage (tabel 4). Het gaat voornamelijk om neurasthene klachten, hyperesthetisch-emotionele klachten, psychische spanningsklachten en verschijnselen van dysfunctioneren. Somatische klachten en klachten die betrekking hebben op angst, een depressieve stemming en depressieve cognities werden minder prominent geacht bij patiënten met surmenage. In het bijzonder werd suïcidaliteit beschouwd als iets dat

Tabel 3 Overeenkomst van de gemiddelde scores op de korte vragenlijst van de verschillende responsgroepen. Produkt-moment correlatiecoëfficiënten.

	A	B	C
B	.99		
C	.97	.97	
D	.99	.98	.99

Tabel 4 Klachten en verschijnselen die volgens 70 procent van de respondenten voorkomen bij meer dan 50 procent van de patiënten met surmenage. Gemiddelde scores (op schaal van 1 tot 10).

Klacht/verschijnsel	Score	Klacht/verschijnsel	Score
Moeheid	8,3	Emotionele labiliteit	7,0
Gespannenheid	7,7	Het gevoel het niet meer aan te kunnen	6,9
Prikkelbaarheid	7,6	Snel geïrriteerd raken	6,9
Voortdurende moeheid	7,3	Zich moeilijk kunnen ontspannen	6,9
Futloosheid	7,3	Zich niet opgewassen voelen tegen de dagelijkse 'druk'	6,9
Niet meer gewoon kunnen functioneren	7,2	Onrustig slapen	6,8
Het werk niet aankunnen	7,2	Zich moeilijk kunnen concentreren	6,7
Het gevoel dat alles te veel is	7,2	Zich afgebrand voelen	6,7
Piekeren	7,1	Lusteloosheid	6,6
Niet tegen drukte kunnen	7,1	Nervositeit	6,6
Zich uitgeput voelen	7,0		

zeer weinig voorkomt bij patiënten met surmenage.

Bij het stellen van de diagnose zijn de klachten in het algemeen enkele weken tot enkele maanden aanwezig.

• *Draagkracht* Met betrekking tot de persoonlijkheid van patiënten met surmenage vond 70 procent van de respondenten een of meer van de volgende items van toepassing op meer dan de helft van de patiënten: 'hoog streefniveau', 'harde werker', 'plichtsgetrouw' en 'eigen grenzen slecht kunnen bewaken'. De items betreffende de andere twee aspecten (sociale steun en lichamelijke ziekte/handicap) kregen slechts lage scores. Overigens was 84 procent van de respondenten het (enigszins of geheel) eens met de stelling dat surmenage iets is wat iedereen zou kunnen overkomen.

• *Draaglast* Slechts vier items werden door 70 procent van de respondenten aanwezig geacht bij meer dan 50 procent van de patiënten met surmenage: 'overbelasting in het werk', 'conflicten op het werk', 'werkproblemen' en 'te hoog werktempo'. Diverse actuele problemen, levensgebeurtenissen, en ongunstige ervaringen in de jeugd en het verdere leven werden door een wisselende minderheid van de huisartsen beschouwd als oorzakelijke factoren.

• *Behandeling en prognose* De meeste patiënten met surmenage worden door hun huisarts behandeld, voornamelijk met uitleg geven, geruiststellen, gesprekken, rust

en activiteit voorschrijven. Medicatie wordt aan weinig patiënten gegeven. Verwijzingen vinden eveneens weinig plaats, en dan het meest naar de bedrijfsarts en de algemeen maatschappelijk werker. De meeste patiënten met surmenage zijn binnen drie tot zes maanden weer 'de oude'.

• *Verschillen tussen de respondenten* Vanzelfsprekend legden individuele respondenten allerlei eigen accenten in hun antwoorden, maar deze konden in de meeste gevallen niet worden herleid tot groepsverschillen. Met betrekking tot het klinisch beeld en de draaglastvariabelen konden geen reproduceerbare clusters worden gevonden. Alleen met betrekking tot de persoonlijkheid werden twee clusters gevonden. Het verschil tussen de clusters was overigens relatief gering. Door ongeveer driekwart van de huisartsen werden aan patiënten met surmenage meer kenmerken als 'groot verantwoordelijkheidsgevoel', 'nauwgezet', 'ijverig' en 'neiging tot perfectionisme' toegeschreven, terwijl een kwart van de huisartsen aan patiënten met surmenage meer eigenschappen als 'geringe psychische belastbaarheid', 'tobberig' en 'onevenwichtig' toeschreef. Het beeld dat huisartsen van (patiënten met) surmenage hebben is dus tamelijk homogeen.

Tenslotte bleek dat alle subgroepen huisartsen hetzelfde beeld van surmenage hadden.

Beschouwing

Van de 337 respondenten gaf 94 procent aan een diagnose als surmenage te gebruiken. Het is niet waarschijnlijk dat dit percentage is vertekend door de geringe respons en in werkelijkheid lager ligt. Vermoedelijk is de respons vooral gedrukt door de uitgebreidheid van de enquête. Voor huisartsen die nooit een diagnose als surmenage gebruiken, gold dit bezwaar echter niet, aangezien zij na het zetten van één kruisje het formulier direct konden retourneren. Bovendien leverde de korte vragenlijst geen enkele reactie op van huisartsen die de diagnose surmenage niet gebruikten, terwijl ook bij die gelegenheid werd gevraagd de vragenlijst oningevuld te retourneren. In de 'Nationale Studie' werd de diagnose surmenage in 100 van de 103

huisartspraktijken (97 procent) gecodeerd [persoonlijke mededeling, D.H. de Bakker, Nivel].

Aannemend dat de gemiddelde scores op de korte vragenlijst indicatief zijn voor het beeld dat de betreffende groep respondenten van surmenage heeft, kunnen we, op grond van de zeer grote overeenkomst tussen de verschillende responsgroepen, stellen dat degenen die de korte vragenlijst hebben ingevuld hetzelfde beeld van surmenage hebben als degenen die de volledige vragenlijst hebben ingevuld. Aangezien degenen die de korte vragenlijst hebben ingevuld representatief mogen worden geacht voor respectievelijk 126 'niet-invullers' en 158 'niet-antwoorders', kunnen we aannemen dat de respondenten representatief zijn voor in totaal 621 huisartsen (63 procent). Dit percentage komt overeen met de gebruikelijke respons op enquêtes onder huisartsen. Representativiteit van de respondenten ten opzichte van de populatie Nederlandse huisartsen is weliswaar niet aangetoond, maar wel aannemelijk, aangezien er geen aanwijzingen zijn gevonden dat de bereidheid om te responderen verband hield met afwijkende opvattingen over surmenage.

In psychiatrische kringen wordt weleens gesteld dat surmenage (overspanning) geen zelfstandig ziektebeeld is. In de DSM-III-R komt surmenage of overspanning als zodanig niet voor.²⁴ Volgens de psychiater *De Jonghe* wordt door huisartsen 'vaak genomen genomen met de diagnose 'surmenage-syndroom', terwijl er in werkelijkheid sprake is van een depressie'.¹⁹

De bestaande psychiatrische classificatiesystemen schieten echter te kort om de specifieke morbiditeit in de huisartspraktijk te beschrijven.²⁵⁻²⁷ Dat komt doordat huisartsen een andere populatie zien dan psychiaters. Het omvangrijke gebruik van de diagnose surmenage in de huisartspraktijk doet in ieder geval vermoeden dat deze diagnose in een bepaalde behoefte voorziet.

Het hier geschetste beeld dat de respondenten hebben van (patiënten met) surmenage, blijkt redelijk goed overeen te komen met de beschrijvingen van *Schröer et al.* en

Terluin, gebaseerd op respectievelijk literatuuronderzoek en onderzoek in de eigen praktijk.^{4 28 29} Dat beeld blijkt tamelijk homogeen en zeer consistent, ondanks de geringe literatuur over het onderwerp en het ontbreken van een officiële consensus. Kennelijk presenteren patiënten met surmenage een dermate duidelijk beeld, dat huisartsen daarover als vanzelf min of meer identieke ideeën ontwikkelen.

Daarmee staat overigens nog niet vast dat surmenage is wat huisartsen er in menen te zien, en de vraag of surmenage werkelijk een klinische entiteit en een bruikbare diagnose in de huisartspraktijk is, blijft vooralsnog onbeantwoord. Daarvoor is patiëntgebonden onderzoek nodig.

Dankbetuiging

Met dank aan mevrouw L. Terluin-de Wit voor haar hulp bij het verwerken van de gegevens.

Literatuur

- Lamberts H. Morbidity in general practice. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.
- Van der Velden J, De Bakker DH, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerste lijnsgezondheidszorg (Nivel), 1991.
- Kraft ThB. Overspanning. Haarlem: Bohn, 1972.
- Schröer CAP, Nijhuis FJN, Van Zutphen W. Gebruik en betekenis van de term overspanning in geneeskundige literatuur. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1988; 66: 163-6.
- Weijel JA. Neurose en neurotische verschijnselen in het arbeidsleven. In: Nap A, et al. Validiteitsonderzoek. Leiden: Stafleu, 1970.
- Van der Burg-Van Walsum M, Chavannes AW, Van Berkestijn LGM. De dokter in gesprek. Utrecht: Bunge, 1988.
- Maasen JHW. Verzuimbegeleiding en overspanning [Scriptie]. Leiden: Rijksuniversiteit Bedrijfsgeneeskundige Dienst, 1985.
- Gerritsen RM. Welke symptomen en ethologische factoren zijn voor de verzekeringsgeneeskundige van belang voor het stellen van de diagnose surmenage? [Scriptie]. Utrecht: Stichting voor Sociale Geneeskunde, 1988.
- Schouten J. Mij krijgen ze niet gek. Over stress en overspanning. Amsterdam: Boom, 1985.

¹⁰ Laane M, Mayer M, De Wit T. Al uw vragen over stress en spanningsklachten. Utrecht: Spectrum, 1989.

¹¹ Chatel JC, Peele R. A centennial review of neurasthenia. Am J Psychiat 1970; 126: 48-55.

¹² Verhaest S. De neurasthene neurose [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1976.

¹³ Van Dantzig A, Waage J. Almacht en onmacht; het verband tussen psychasthenie en neurasthenie. Huisarts Wet 1962; 5: 239-45.

¹⁴ Kraus G. Het hyperaesthetisch-emotioneel syndroom. Ned Tijdschr Geneesk 1955; 99: 246-52.

¹⁵ Van der Ploeg HM, Vis J, red. Burnout en werkstress: ieders verantwoordelijkheid. Amsterdam: Swets & Zeitlinger, 1989.

¹⁶ Schaufeli W. Opgebrand. Achtergronden van werkstress bij contactuele beroepen: het burnout-syndroom. Rotterdam: Donker, 1990.

¹⁷ Albersnagel FA, Emmelkamp PMG, Van den Hoofdakker RH. Depressie. Theorie, diagnostiek en behandeling. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1989.

¹⁸ Jongerius JAC. Depressie. Huisarts Wet 1987; 30: 248-51.

¹⁹ De Jonghe F. De depressieve periode in engere zin in de huisartsenpraktijk. Organorama 1990; 27(3): 11-4.

²⁰ Appels A. Vitale uitputting als voorloper van het hartinfarct. Hart Bull 1987; 18: 135-9.

²¹ Berends GM, Peeters MF, Lepoutre JMM, et al. Het chronische moeheidssyndroom; is er verband met het Epstein-Barr-virus? Ned Tijdschr Geneesk 1988; 132: 874-8.

²² Salit E. Post-infectious fatigue. Can Fam Physician 1987; 33: 1217-9.

²³ Jennekens FGI, Van Gijn J. Het postvirale vermoeidheidssyndroom of de myalgische encephalomyelitis. Ned Tijdschr Geneesk 1988; 132: 999-1001.

²⁴ APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (third edition - revised) DSM-III-R. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.

²⁵ Lamberts H. Psychische en sociale problemen: een diagnostisch raadsel? Huisarts Wet 1989; 32: 78-9, 88.

²⁶ Goldberg D. The detection of psychiatric disorder in primary care settings. Implications for the taxonomy of neurosis. Isr J Psychiatry Relat Sci 1985; 22: 245-55.

²⁷ Ormel J, Wilmink FW. Herkenning, beloop en meer-assige classificatie van geestelijke gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk. In: Boerma GW, Hingstman L. De eerste lijn onderzoek. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1985: 135-43.

²⁸ Terluin B. Surmenage in een huisartspraktijk.

Een explorerend onderzoek. *Huisarts Wet* 1986; 29: 261-4.

- ²⁹ Terluin B. Surmenage in een huisartspraktijk. Over de wanverhouding tussen psychische belasting en belastbaarheid. *Med Contact* 1988; 43: 1495-8. ■

Abstract

Terluin B, Gill K, Winnubst JAM. How do general practitioners regard overstrain? *Huisarts Wet* 1992; 35(8): 311-5.

How do general practitioners regard (patients with) overstrain (surmenage)? This question was

asked in a written enquiry held among a random sample of general practitioners. There was a 34 percent response but there are indications that the response was representative of 63 percent of the number of general practitioners approached. Respondents' picture of overstrain can be summarised as follows. Overstrain is a syndrome that develops due to an 'overload', the result of an imbalance between the load a person must carry and the load this person is able to carry. An important part of the load a person must carry concerns problems in the workplace, in addition to other problems, other events in life, and overload at work and/or at home. The load a

person is able to carry may be influenced by personality factors. The clinical picture of overstrain (surmenage) is dominated by complaints of fatigue, lack of energy, psychic tensions, sleeping problems, irritability, lability, worrying, lack of concentration and inability to function normally. Most patients with overstrain are treated by their general practitioner and recover within three to six months.

Key words Family practice; Overstrain.

Correspondence B. Terluin MD, Health Centre 'De Spil', 1 's-Hertogenboschplein, 1324 WB Almere, The Netherlands.

Vervolg

Abstract

Van der Wal G, Van Eijk JThM, Leenen HJJ, Spreuwenberg C. People and circumstances around euthanasia and assisted suicide involving general practitioners. *Huisarts Wet* 1992; 35(8): 302-4.

An anonymous, written enquiry held among more than one thousand Dutch general practitioners provided information about the circumstances under which euthanasia or assisted suicide is performed by general practitioners. Use was also made of 263 official records from the province of North-Holland. The response rate in the enquiry was 67 percent; a total of 388 (mostly recent) cases of euthanasia and assisted suicide were described. Euthanasia and assisted suicide occurred relatively often outside office hours. The drugs used for euthanasia were not directly supplied by the pharmacist to the physician in 11 percent of cases. Administration was performed by the physician in 71 percent of cases, by the patient in 23 percent and by someone else in 6 percent. The physician was present throughout

the carrying out of the act in 67 percent of cases, from time to time in 22 percent and on call in 9 percent. In 3 percent of the patients only the general practitioner was present during the carrying out of the act; 1 percent of the patients were completely alone. In the remaining cases third parties – mostly partner and/or children – were in the house.

Key words Euthanasia; Family practice.

Correspondence G. van der Wal, Department of General Practice and Nursing Home Medicine, Free University, 7 Van de Boechorststraat, 1081 BT Amsterdam, The Netherlands.

Vervolg van pag. 310.

- ²¹ Mitchell AE, Stewart AW, Pattemore PK, et al. Socio-economic status in childhood asthma. *Int J Epidemiol* 1989; 18: nr. 4.

- ²² Buist AS, Vollmer WM. Reflections on the

rise in asthma morbidity and mortality. *JAMA* 1990; 264: 1719-20.

- ²³ Centraal Bureau voor de Statistiek. *Statistisch Jaarboek* 1990.

- ²⁴ Huygen FJA, Van Eijk J, Van den Hoogen H, et al. Een praktijk doorgelicht op Cara. *Huisarts Wet* 1977; 20: 383-6, 435-7, 438-48.

- ²⁵ Van Ree JW, Van Gerwen W, Van den Hoogen H. Interventie bij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. *Huisarts Wet* 1985; 28: 21-53.

- ²⁶ Instituut voor Psychologisch Marktonderzoek. P7376. Prevalentie Cara in Nederland.

- ²⁷ Usherwood TP. General practice audit of the care of children with asthma. *Br Med J* 1985; 291: 251-4.

- ²⁸ Lee DA, Winslow NR, Speight ANP, Hey EN. Prevalence and spectrum of asthma in childhood. *Br Med J* 1983; 286: 1256-8.

- ²⁹ Gellert AR, Gellert TSL, Iliffe SR. Prevalence and managements of asthma in a London inner city general practice. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 197-201. ■