

Het gebruik van de diagnoses surmenage en depressie in de huisartspraktijk

B. TERLUIN
D.H. DE BAKKER
P. VERHAAK

Terluin B, De Bakker DH, Verhaak P. Het gebruik van de diagnoses surmenage en depressie in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1993; 36(10): 314-21.

Samenvatting Het gebruik van de diagnoses surmenage en depressie is onderzocht in het materiaal van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. De diagnose surmenage wordt vaker gesteld dan de diagnose depressie. De diagnose surmenage wordt vaker gesteld bij jong-volwassenen en bij werkenden, de diagnose depressie vaker bij alleenstaanden. De diagnose surmenage wordt vaker gesteld bij 'stress'-klachten en/of (vage) somatische klachten als contactredenen, terwijl de diagnose depressie vaker wordt gesteld naar aanleiding van depressieve en andere psychische klachten. Werk/studieproblemen hangen vaker samen met de diagnose surmenage. Huisartsen doen vaker lichamelijk onderzoek bij surmenage, terwijl zij bij depressie vaker medicatie geven en verwijzen naar het maatschappelijk werk en de geestelijke gezondheidszorg. Depressie-episoden omvatten meer contacten dan surmenage-episoden. De diagnoses surmenage en depressie verwijzen naar (althans gedeeltelijk) verschillende klinische entiteiten.

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel), Utrecht.
B. Terluin, huisarts te Almere;
Dr. D.H. de Bakker, sociaal-wetenschapper;
Dr. P.F.M. Verhaak, psycholoog.
Correspondentie: B. Terluin, Gezondheidscentrum 'De Spil', 's Hertogenboschplein 1, 1324 WB Almere.

Inleiding

De diagnose *surmenage* wordt door meer dan 90 procent van de Nederlandse huisartsen gebruikt; zij beschouwen surmenage als een decompensatiesyndroom ten gevolge van psychosociale overbelasting. Surmenage zou worden gekenmerkt door neurasthene klachten, hyperesthetisch-emotionele klachten, psychische spanningsklachten en sociaal dysfunctioneren.¹ De diagnose *depressie* lijkt in de huisartspraktijk vooral te worden gesteld bij twee verschijnselen: een gedeprimeerde gemoedstoestand die door de patiënt en/of de arts als abnormaal wordt beoordeeld, en een negatieve beleving van zichzelf, het leven en de toekomst.²⁻⁴ In *tabel 1* zijn de theoretische verschillen tussen surmenage en depressie samengevat.¹⁻⁵

In hoeverre beide huisartsgeneeskundige diagnoses in de praktijk ook verwijzen naar verschillende klinische entiteiten, is nooit onderzocht. Wij hebben het gebruik van de diagnoses surmenage en depressie in de huisartspraktijk bestudeerd aan de hand van de volgende vragen:

- Hoe vaak stellen huisartsen de diagnoses surmenage en depressie?
- Diagnostiseren huisartsen die veel (weinig) surmenage diagnostiseren, weinig (veel) depressies en andere psychische diagnoses?
- Bij welke patiënten stellen huisartsen de diagnoses surmenage en depressie?
- Wat gaat vooraf aan het stellen van de diagnoses surmenage en depressie (in de zin van klachten en psychosociale en somatische achtergronden)?
- Wat zijn de gevolgen van het stellen van de diagnoses surmenage en depressie (in de zin van voorschriften, adviezen, onderzoek, verwijzingen en herhaalcontacten)?
- Hoe stabiel zijn de diagnoses surmenage en depressie?
- Wat maakt dat een huisarts kiest voor de ene of de andere diagnose?

Methode

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van gegevens van de in 1987 en 1988

gehouden Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.^{6,7}

Ten behoeve van dit onderzoek is door een landelijke, disproportioneel gestratificeerde steekproef van 161 huisartsen (in 103 huisartspraktijken) gedurende drie maanden een contactregistratie uitgevoerd. Per patiëntencontact zijn gegevens als klachten/contactredenen, (werk)diagnoses, onderliggende ziekten en verrichtingen genoteerd. Klachten en (werk)diagnoses zijn centraal gecodeerd door getrainde codeurs met behulp van de International Classification of Primary Care (ICPC).⁸

De registratie van contacten is episodegeoriënteerd. Onder een episode wordt verstaan de periode van een ziekte of probleem vanaf de eerste presentatie aan de huisarts tot het moment dat de ziekte genezen is, het probleem is opgelost, of geen geneeskundige hulp meer wordt gevraagd.⁹ De contacten die de huisarts met een patiënt in het kader van een episode heeft gehad, zijn aan elkaar gekoppeld, zodat de samenhang van klachten, diagnosestelling en verrichtingen met betrekking tot een ziekte of probleem kan worden geanalyseerd. Per contact is bovendien vastgelegd of het om een eerste of een vervolcontact binnen een episode, dan wel om een eerste contact in een recidieve episode ging. Aan de episode als geheel is de diagnose van het laatste contact (als de meest waarschijnlijke diagnose) toegekend. In eerdere contacten van de episode kan de werkdiagnose dus afwijken van de uiteindelijke episodenaam.

Naast een registratie van contacten heeft een registratie van alle patiënten van de deelnemende huisartsen plaatsgevonden, waarbij demografische gegevens als leeftijd en geslacht, en sociaal-economische gegevens als beroep en opleiding zijn vastgelegd.

Voor het beantwoorden van de eerste twee onderzoeksvragen is gebruik gemaakt van het totale bestand van de Nationale Studie. Incidentiecijfers van de verschillende diagnoses zijn berekend op basis van nieuwe episoden met de betreffende episodenaam per 1000 ingeschreven patiënten. Als maat voor de samenhang tussen de

Tabel 1 Mogelijke verschillen tussen surmenage en depressie

	Surmenage	Depressie
<i>Klinisch beeld</i>		
- klachten/ verschijnselen	Uitputting en spanning op voorgrond Weinig uitgesproken anhedonie* Geen suicidaliteit Geen vitale kenmerken Dysfunctioneren sterker in beroepssfeer dan in privé-sfeer	Gedepimeerde stemming op voorgrond Vaak uitgesproken anhedonie Vaak suicidaliteit Soms vitale kenmerken Dysfunctioneren in alle sociale rollen even sterk
- stemming	Normaal of begrijpelijk gedepimeerd	Sterker gedepimeerd dan begrijpelijk is in verhouding tot de aanleiding
- beleving	Afwezigheid van hopeloosheid en wanhoop	Negatief zelfbeeld (waardeloos), negatieve kijk op het leven (zinloos) en de toekomst (een zwart gat)
- inzicht	Patiënt heeft vaak goed inzicht P. zoekt de oorzaken meer in de buitenwereld	Patiënt weet vaak niet wat er aan de hand is Patiënt geeft zichzelf de schuld
<i>Etiologie en pathogenese</i>		
- uitwendige oorzaken	Alle vormen van stress Vaak overbelasting	Verlieservaringen en/of krenkingen Soms onderbelasting
- predispositie	Angstige persoonlijkheid	Depressieve persoonlijkheid Mogelijk erfelijke predispositie
- invoelbaarheid	Normale reactie op teveel stress	Pathologische reactie
<i>Behandeling</i>	Rust nodig (in begin) Medicijnen meestal niet nodig Verwijzing meestal niet nodig	Rust niet nodig Medicijnen meestal wel nodig Verwijzing vaker nodig
<i>Prognose</i>	Weken - maanden	Half tot heel jaar of langer; grotere kans op recidieven

* Anhedonie = verlies van plezier en interesse in het dagelijks leven.

incidenties voor de verschillende diagnoses per huisarts is gekozen voor de rangcorrelatiecoëfficiënt van Spearman om de invloed van extreme getallen af te zwakken.

Voor het beantwoorden van de overige onderzoeksvragen is een bestand geselecteerd van alle patiënten van 15 jaar en ouder bij wie de diagnose surmenage of depressie is gesteld, terwijl het eerste contact van de betreffende episode binnen de eerste negen weken van de registratieperiode viel. Alle episodetijden kunnen dus minimaal vier en maximaal dertien weken worden vervolgd. Om na te gaan of er selectiebias is opgetreden, zijn de patiënten die uitvielen doordat het eerste contact in de laatste vier weken viel, vergeleken met de geselecteerde patiënten ten aanzien van leeftijd en geslacht, woonsituatie, werksituatie en opleiding.

Het contact waarin de diagnose surmenage of depressie voor het eerst in de episode wordt gesteld, noemen we het indexcontact. De contacten die aan het indexcontact voorafgaan en tot dezelfde episode behoren, noemen we voorafcontacten. De contacten die volgen op het indexcontact en tot dezelfde episode behoren, noemen we vervolcontacten.

Omdat onze vraagstelling betrekking heeft op het handelen van de huisarts, beperken we ons tot de contacten met de huisarts, en laten we de weinige contacten met de praktijkassistente buiten beschouwing.

Om de vergelijking tussen patiënten met surmenage en patiënten met een depressie te optimaliseren, worden gestandaardiseerde cijfers gepresenteerd; daartoe is een directe standaardisatie op leeftijd en

geslacht uitgevoerd. De verschillen zijn statistisch getoetst met een tweezijdige toets voor verschillen in proporties.¹⁰ Voor het beantwoorden van de laatste onderzoeksvraag is een logistische regressieanalyse uitgevoerd met als afhankelijke variabele de diagnose surmenage versus depressie, en als onafhankelijke variabelen de kenmerken, achtergrondgegevens en klachten die in de eerdere analyses een relatie met de diagnoses te zien hebben gegeven.

Resultaten

Incidentie

De incidentie van surmenage bedraagt 14,0 per 1000 per jaar, die van depressie 9,2 per 1000 per jaar. De naar geslacht en leeftijd gespecificeerde incidentiecijfers vertonen een sterk verschillend patroon

(figuur 1). De diagnose surmenage wordt vaker bij jong-volwassenen gesteld (top: 25-44 jaar); depressie wordt verhoudingsgewijs meer bij ouderen gediagnostiseerd (top: 65-74 jaar). Bij vrouwen worden beide diagnoses vaker gesteld dan bij mannen, maar de vrouw/man-ratio is bij depressie beduidend hoger dan bij surmenage (2,6 tegen 1,4). Een 'gemiddelde' huisarts (in een praktijk met 2350 zielen) zou per jaar 33 keer de diagnose surmenage en 22 keer de diagnose depressie stellen. Uit *figuur 2* blijkt dat er een aanzienlijke inter-doktervariatie bestaat, die bij de diagnose surmenage groter is dan bij de diagnose depressie (F-toets, $p < 0,001$).

Correlaties

Uit *tabel 2* blijkt dat de meeste correlaties tussen de verschillende incidentiecijfers (zwak) positief zijn. Wie als huisarts veel surmenage ziet, diagnostiseert ook meer spanningshoofdpijn. Wie veel depressie diagnostiseert, vindt ook vaker spanningshoofdpijn en hyperventilatie.

Patiëntkenmerken

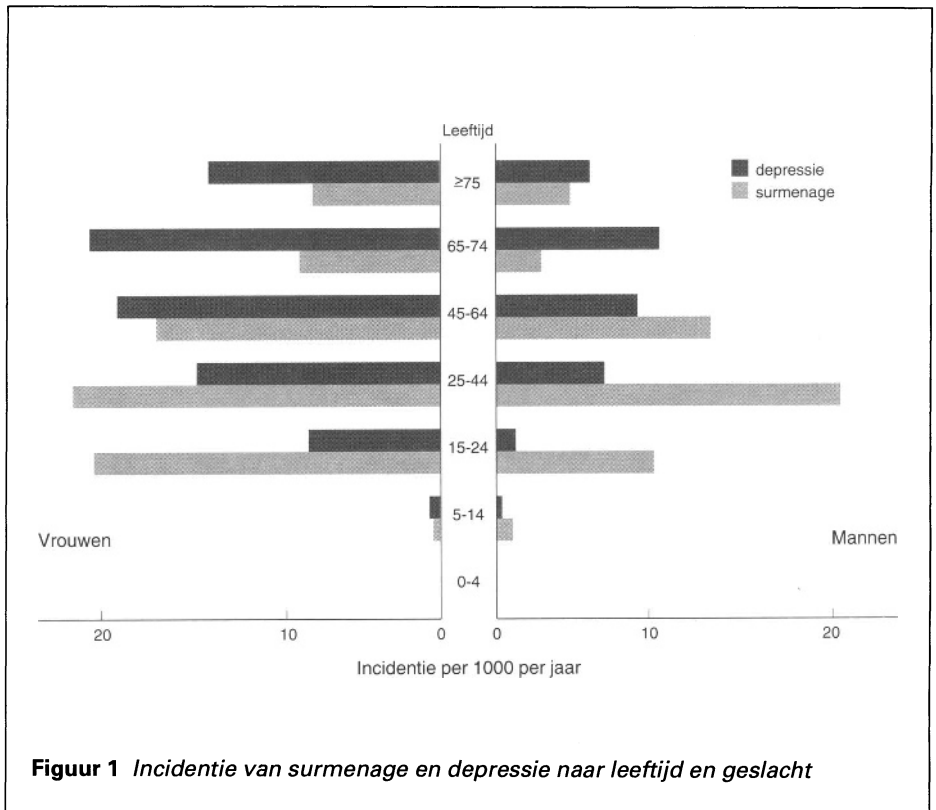
Het geselecteerde bestand telt 1453 patiënten:

- 978 patiënten met een diagnose surmenage: 569 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 38,0 jaar (SD=15,7) en 409 mannen met een gemiddelde leeftijd van 38,5 jaar (SD=12,4);
- 527 patiënten met een diagnose depressie: 359 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 45,6 jaar (SD=17,5) en 168 mannen met een gemiddelde leeftijd van 46,4 jaar (SD=16,9).

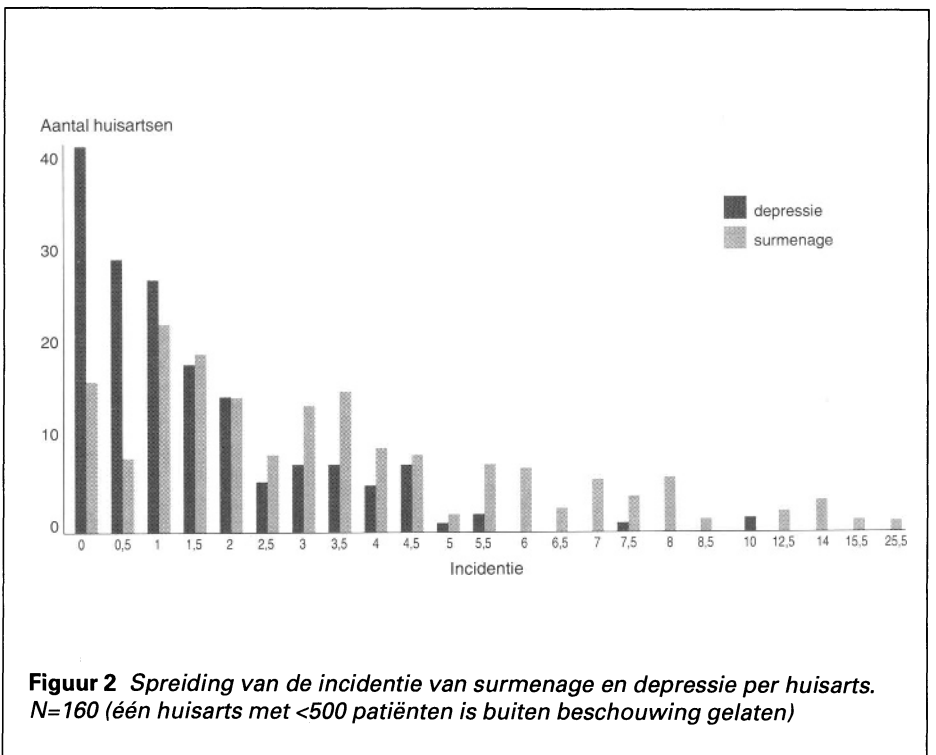
Bij 52 patiënten werden beide diagnoses gesteld, bij 30 patiënten in de volgorde surmenage-depressie, en bij 22 patiënten in de volgorde depressie-surmenage.

De leeftijd/geslachtsverdeling van de geselecteerde groep komt overeen met de leeftijd/geslachtsverdeling van de patiënten met surmenage en depressie in het totale bestand van de Nationale Studie.

Door het criterium 'eerste contact niet in de laatste vier weken van de registratieperiode' werden 386 patiënten met een diagnose surmenage en 160 patiënten met een diagnose depressie uitgesloten. Deze



Figuur 1 Incidentie van surmenage en depressie naar leeftijd en geslacht



Figuur 2 Spreiding van de incidentie van surmenage en depressie per huisarts. N=160 (één huisarts met <500 patiënten is buiten beschouwing gelaten)

Tabel 2 Correlatie tussen de incidentiecijfers per huisarts van de zeven belangrijkste psychische diagnoses (n=160*). Spearman's rangcorrelatie-coëfficiënten (vetgedrukt indien p<0,05).

	P78	P76	P01	P02	P10	P11	P07
P78 surmenage	x						
P76 depressie	.12	x					
P01 angstig/nerveus	.03	.01	x				
P02 acute stress	-.01	.03	-.04	x			
P10 spanningshoofdpijn	.26	.14	.14	.01	x		
P11 hyperventilatie	.02	.18	.17	.02	.27	x	
P07 slaapstoornis	.03	.05	.09	.10	-.05	.08	x

* Eén huisarts met minder dan 500 patiënten is buiten beschouwing gelaten.

Tabel 3 Kenmerken van de patiënten naar geslacht en diagnose. Afgeronde percentages, gestandaardiseerd voor leeftijd

	Vrouwen		Mannen	
	surmenage n=569	depressie n=359	surmenage n=409	depressie n=168
<i>Woonsituatie</i>				
- alleenstaand/eenouder	18	25 †	11	23 †
- paar zonder kinderen	27	22	27	20
- gezin met kinderen	42	40	50	46
- overig/onbekend	13	13	11	11
<i>Werksituatie</i>				
- werkend	43	33 †	68	56 †
- WAO	2	3	4	8 *
- werkloos	2	1	2	3
- huisvrouw/man	24	30	0	0
- pensioen/VUT	11	12	11	11
- overig/onbekend	18	21	16	22
<i>Opleiding</i>				
- niets of lagere school	18	28 †	19	22
- voortgezet of middelbaar	58	51 *	55	51
- HBO/universitair	8	5	12	9
- onbekend	15	16	14	18
<i>Beroep</i>				
- wetenschappelijk e.a., vakspecialisten, kunstenaars	17	12 *	13	9
- beleidsvoerende en hogere leidinggevende functies	2	1	6	4
- administratieve functies	16	15	15	14
- commerciële functies	7	6	4	6
- dienstverlenende functies	15	20	5	4
- agrarische beroepen, vissers e.d.	2	1	3	5
- ambachts-, industrie-, transportberoepen e.d.	5	6	32	32
- overig/onbekend/geen beroep	36	41	21	26

* p<0,05; † p<0,01.

patiënten verschillen niet significant van de geselecteerde patiënten ten aanzien van leeftijd, geslacht, woonsituatie en opleiding. Wel is er een hoger percentage werklozen onder de depressieve patiënten (5 tegen 2 procent).

Het gemiddeld aantal contacten per episode bedroeg voor surmenage 1,8 (SD=1,4) en voor depressie 2,4 (SD=2,0) in het geselecteerde bestand (p<0,001). Van de surmenage-episoden bestond 58 procent uit slechts één contact, van de depressie-episoden 44 procent (p<0,001).

Tabel 3 laat zien dat patiënten met surmenage vaker 'werkend' waren (in tegenstelling tot huisvrouw/man, studierend, werkloos, arbeidsongeschikt of gepensionneerd). Depressieve patiënten waren vaker alleenstaand, hadden vaker een zeer lage opleiding (vrouwen), en zaten vaker in de WAO (mannen). Overspannen patiënten hadden vaker een gezin met kinderen dan depressieve patiënten (48 versus 38 procent), hetgeen samenhangt met hun jongere leeftijd.

Antecedenten van de diagnoses

De diagnose surmenage werd bij 83 procent van de surmenage-episoden gesteld bij het eerste contact; de diagnose depressie werd bij 77 procent van de depressie-episoden gesteld bij het eerste contact (p<0,01).

De overspannen patiënten hadden gemiddeld 0,2 voorafcontacten, de depressieve patiënten gemiddeld 0,4 (p<0,01).

De problematiek werd door de huisarts als 'vooral of geheel psychosociaal' beoordeeld in 71 procent van de gevallen waarin tot een diagnose surmenage werd besloten, en in 82 procent van de gevallen waarin de diagnose depressie werd gesteld (p<0,01). Tabel 4 laat zien welke diagnoses, klachten en problemen voorafgingen aan het stellen van beide diagnoses. De diagnoses die werden gesteld bij de voorafcontacten, kunnen worden opgevat als verlaten werkhypothese; hierbij doen zich geen belangrijke verschillen voor tussen patiënten met surmenage en met depressie.

De diagnose surmenage werd vaker voorafgegaan door ('vage') somatische

Tabel 4 Wat voorafgaat aan de diagnoses surmenage en depressie. Afgeronde percentages, gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht

	Surmenage n=978	Depressie n=527
<i>Diagnose in voorafcontacten</i>		
- depressie	2	-
- surmenage	-	6
- depressieve gevoelens	1	1
- angstig/nerveus	2	2
- acute stress	3	2
- spanningshoofdpijn	1	1
- hyperventilatie	1	1
- slaapstoornis	0	1
- overig psychisch	2	4 †
- algemene malaise	1	0
- hoofdpijn	0	0
- vertigo	0	0
- overig somatisch	6	7
- sociale problemen	2	3
<i>Klachten/contactredenen bij index- of voorafcontacten</i>		
- depressie	0	7 †
- depressieve gevoelens	7	41 †
- surmenage	3	1 *
- angstig/nerveus	20	15 *
- acute stress	13	8 †
- spanningshoofdpijn	0	0
- hyperventilatie	0	0
- slaapstoornis	9	13 †
- overig psychisch	12	20 †
- algemene malaise	33	24 †
- hoofdpijn	11	5 †
- vertigo	9	3 †
- overig somatisch	38	27 †
- sociale problemen	14	15
<i>Onderliggende somatische ziekte in index- of voorafcontacten</i>		
- diabetes, CARA, etc.	5	4
- geen onderliggende ziekte	95	96
<i>Achterliggende problemen in index- of voorafcontacten</i>		
- relatie/gezinsmoeilijkheden	22	29 †
- geweld/mishandeling	1	1
- werk/studie	26	16 †
- depressief beeld	10	41 †
- verslavingsproblematiek	1	1
- geen achterliggende problemen	57	46 †

* p<0,05; † p<0,01.

Tabel 5 Interventies van de huisarts bij de diagnoses surmenage en depressie tijdens index- en eventuele vervolcontacten. Afgeronde percentages, gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht

	Surmenage n=978	Depressie n=527
Lichamelijk onderzoek	49	27 †
Aanvullend onderzoek (eigen lab.)	9	8
Aanvullend onderzoek (extern lab.)	15	11
Overige externe diagnostiek	2	1
Gesprek (passief en/of actief)	67	82 †
Advies omtrent werk	21	8 †
Advies (bed)rust	8	3 †
Medicatie	40	53 †
- benzodiazepines	21	18
- antidepressiva	3	25 †
- neuroleptica	0	1 *
- overige sedativa	0	0
- overige medicatie	28	30
Verwijzing AMW	1	3 †
Verwijzing GGZ	3	9 †
Verwijzing somatisch specialist	2	2
Onvoorwaardelijk terugkomen	45	66 †

* p<0,05; † p<0,01.

Tabel 6 Diagnosen gesteld tijdens de vervolcontacten na de diagnoses surmenage en depressie (registratieperiode 1-3 maanden). Afgeronde percentages, gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht

	Surmenage n=307	Depressie n=242
Surmenage	59	13 †
Depressie	15	64 †
Angstig/nerveus	17	4
Acute stress	8	4
Slaapstoornis	1	0
Spanningshoofdpijn	1	1
Depressieve gevoelens	2	10 †
Hyperventilatie	3	0 †
Overig psychisch	8	16 †
Algemene malaise	2	1
Hoofdpijn	0	1
Vertigo	1	0
Overig somatisch	18	9 †
Sociaal	8	8

* p<0,05; † p<0,01.

Tabel 7 Resultaat van stapsgewijze logistische regressie-analyse met als afhankelijke variabele de diagnose surmenage versus depressie (n=1453).*

Contactreden/kenmerk	Partiële regressiecoëfficiënt	P-waarde	Odds-ratio
Stressklachten†	0.89	.000	2.43
Werk/studieproblemen	0.77	.000	2.17
Leeftijd 15-44 jaar	0.72	.000	2.05
Werkend	0.62	.000	1.86
Somatische klachten	0.37	.024	1.44
Laagste opleidingsniveau	-0.36	.023	0.69
Ov. psychische klachten / slaapstoornis	-0.61	.000	0.54
Alleenstaand	-0.63	.000	0.54
Depressieve klachten‡	-2.51	.000	0.08
Constante	0.88	.000	

Proportionele reductie 26,1%

* De 52 patiënten met beide diagnoses zijn buiten beschouwing gelaten. De in de tabel genoemde odds-ratio's geven de relatieve kans op de diagnose surmenage (in plaats van depressie), gegeven een bepaald kenmerk. De odds-ratio's voor depressie zijn de inversen van de overeenkomstige odds-ratio's voor surmenage. De odds-ratio voor depressie, gegeven de aanwezigheid van depressieve klachten, is dus $1/0,08=12,5$.

† Stressklachten: 'surmenage', 'angstig/nerveus' of 'acute stress'.

‡ Depressieve klachten: 'depressie' of 'depressieve gevoelens'.

klachten en door 'stress'-klachten als contactredenen, terwijl de diagnose depressie vaker werd voorafgegaan door depressieve klachten, slaapproblemen en overige psychische klachten. Bij overspannen patiënten werd vaker een werk/studieprobleem gesignaleerd, terwijl bij depressieve patiënten vaker relatie/gezinsmoeilikheden werden vastgesteld. Bij 44 procent van de depressieven werd als achterliggend probleem een 'depressief beeld' gecodeerd. Het is echter onduidelijk welke betekenis hieraan moet worden gegeven. Mogelijk is het niet meer dan een tautologie, of een artefact veroorzaakt door de registratiemethode in de Nationale Studie. Een andere mogelijkheid die moet worden overwogen, is dat met het achterliggende 'depressieve beeld' een reeds bekend chronisch of recidiverend probleem wordt aangeduid, vergelijkbaar met de 'depressieve persoonlijkheid' of 'dysthyme stoornis'.

Gevolgen van de diagnoses

Op de diagnose surmenage volgden in een periode van één tot drie maanden gemid-

deld 0,6 vervolcontacten en op de diagnose depressie 0,9 ($p<0,001$). Tabel 5 laat zien wat de huisarts deed tijdens de indexcontacten en de eventuele vervolcontacten. De diagnose surmenage leidde vaker tot lichamenlijk onderzoek, extern laboratoriumonderzoek, adviezen over het werk en het advies om rust te nemen. De diagnose depressie leidde vaker tot praten, pillen en verwijzen voor psychosociale hulp. Dat neemt niet weg dat ook met twee van de drie overspannen patiënten gepraat werd, en dat één van de drie medicatie kreeg.

Omdat er voorafgaand aan de diagnose depressie meer contacten plaatsvonden dan voorafgaand aan de diagnose surmenage, is het de vraag of de gevonden verschillen daarmee samenhangen. Daarom hebben we de analyse die ten grondslag ligt aan tabel 5, herhaald over alle contacten. Het beeld blijkt dan niet te veranderen. Het is dus niet zo dat lichamenlijk onderzoek minder vaak volgde op de diagnose depressie dan op de diagnose surmenage, doordat vóór het stellen van de diagnose

depressie vaker lichamenlijk onderzoek werd verricht.

Stabiliteit van de diagnoses

Een eenmaal gestelde diagnose surmenage werd (over een periode van één tot drie maanden) in 75 procent van de gevallen tot en met het laatste contact van de episode gehandhaafd, een eenmaal gestelde diagnose depressie in 82 procent van de gevallen ($p<0,01$). Het indexcontact voor surmenage was echter in 69 procent van de gevallen het laatste contact van de betreffende episode; hetzelfde gold voor 54 procent van de indexcontacten voor depressie. Uiteraard kon in deze gevallen de diagnose niet meer veranderen.

Tabel 6 laat zien dat de diagnose gehandhaafd bleef in het vervolg van de episode bij 59 procent van de overspannen patiënten en bij 65 procent van de depressieve patiënten; het verschil is statistisch niet significant. Bij 11 procent van de overspannen patiënten en bij 12 procent van de depressieve patiënten werd er stui-vertje gewisseld; ook dit verschil is statistisch niet significant. De diagnose surmenage veranderde wat vaker in een somatische diagnose; de diagnose depressie veranderde wat vaker in een (overige) psychische diagnose of in 'depressieve gevoelens'. Het is de vraag of dit laatste berust op een minder ernstige inschatting van het probleem, of op een probleem met het coderen van termen als 'depressief', 'depressiviteit' en 'depressieve klachten'.

Determinanten van de diagnoses

Uit tabel 7 blijkt dat de diagnose surmenage werd bepaald door somatische en 'stress'-klachten als contactredenen, door werk en het hebben van werk/studieproblemen, en door een jong-volwassen leeftijd. De diagnose depressie werd bepaald door depressieve en 'overige psychische' klachten als contactredenen, door de woonvorm (alleenstaand), en door een lage opleiding. Het hebben van relatie/gezinsmoeilikheden en het in de WAO zitten leverden geen significante bijdrage aan het regressiemodel. Het geslacht en de leeftijd 65+ hadden eveneens geen zelfstandige invloed op de diagnose. De rela-

tie tussen het vrouwelijk geslacht en de diagnose depressie blijkt bij de analyse samen te hangen met het feit dat vrouwen minder vaak 'werkend' waren en (dus ook) minder vaak werk/studieproblemen hadden. De relatie tussen de leeftijd 65+ en de diagnose depressie blijkt samen te hangen met het feit dat ouderen vaker alleenstaand waren en minder vaak werkten.

Beschouwing

Een belangrijke beperking van dit onderzoek is de duur van de registratieperiode; daardoor kunnen episoden slechts één tot drie maanden worden vervolgd. Langere episoden worden als het ware afgekapt, en dit heeft uiteraard consequenties voor het interpreteren van onze bevindingen. In het Monitoringproject werden na de diagnose surmenage 1,0 herhaalcontacten geregistreerd, en na de diagnose depressie 1,9.¹¹ Wij vonden in een periode van één tot drie maanden 0,6 respectievelijk 0,9 herhaalcontacten. Wij missen dus een derde (bij surmenage) tot de helft (bij depressie) van de herhaalcontacten van volledige episoden. Uit het Transitieproject is gebleken dat 37 procent van de depressie-episoden langer duurt dan zes maanden.¹² Hoewel de beperking van ons onderzoek belangrijk is, komen onze conclusies ten aanzien van verschillen tussen surmenage- en depressie-episoden er niet door in gevaar.

De diagnoses surmenage en depressie worden in de huisartspraktijk betrekkelijk vaak gesteld en zijn verantwoordelijk voor een kwart van alle nieuwe psychische diagnoses.⁷ Huisartsen verschillen onderling nogal sterk in de mate waarin ze beide diagnoses stellen. We hebben echter geen aanwijzingen dat de ene huisarts surmenage noemt wat de andere depressie noemt, en omgekeerd.

In het Monitoringproject lagen de incidenties van surmenage en depressie hoger dan in de Nationale Studie: respectievelijk 32 en 14 per 1000 per jaar.¹¹ Terluin kwam in één jaar (1984) tot een incidentie voor surmenage van 50 per 1000 per jaar; dit onderzoek vond plaats in een nieuwe praktijk in een nieuwe stad, Almere.¹³ Bij een deelstudie van de Nationale Studie, die in

Almere is verricht in 1987-1988, werden incidenties voor surmenage en depressie gevonden van 38,8 respectievelijk 7,2 per 1000 per jaar.¹⁴ Bijna alle huisartsen in Almere werken in gezondheidscentra. De meeste huisartsen die deelnamen aan het Monitoringproject, werkten ook in een gezondheidscentrum. Misschien ligt de incidentie van surmenage hoger in de omgeving van gezondheidscentra (vaak nieuwbouwwijken). Of misschien zijn huisartsen die in gezondheidscentra werken, eerder geneigd de diagnose surmenage te stellen.

In het Transitieproject was de incidentie van depressie vergelijkbaar met onze cijfers: 5 per 1000 per jaar,¹² terwijl de diagnose surmenage in deze registratie niet werd gebruikt. Dat laatste is misschien verklaarbaar vanwege de onofficiële status van deze diagnose, maar het is wel jammer, gezien het uitgebreide gebruik dat de Nederlandse huisartsen ervan maken.

De diagnose surmenage wordt in de huisartspraktijk vaker gesteld dan de diagnose depressie. De diagnose surmenage wordt vaker bij jong-volwassenen gesteld, terwijl de diagnose depressie relatief vaker bij ouderen wordt gesteld. Dat laatste heeft te maken met het feit dat ouderen vaker alleenstaand zijn en geen werk hebben. Bij surmenage is er vaker sprake van een patiënt met een gezin met kinderen, met een baan, en/of met werk/studieproblemen. Bij depressie is er vaker sprake van een patiënt die alleenstaand is, een lage opleiding heeft, huisvrouw is of in de WAO zit. Voor een deel zijn deze verschillen terug te voeren op het verschil in leeftijd tussen overspannen en depressieve patiënten. De genoemde verschillen zouden kunnen passen bij de in *tabel 1* vermelde veronderstellingen als zou surmenage meer het gevolg zijn van overbelasting (werk, jong gezin) en depressie meer van verlieservaringen (oudere leeftijd, pensioen, alleenstaand). Relatief gezien zijn vrouwen sterker vertegenwoordigd bij depressie dan bij surmenage. Dat betekent niet dat depressie een aandoening van vrouwen is; eerder is het zo dat surmenage een aandoening van

werkenden is, terwijl vrouwen minder vaak werk hebben.

Surmenage wordt gemiddeld iets minder 'psychisch' ingeschat dan depressie. Dit kan samenhangen met de presentatie van lichamelijke klachten door overspannen patiënten. Of misschien komt dit doordat een deel van de surmenage-problematiek ook werkelijk meer lichamenlijk bepaald is: overwerktheid. In elk geval leidt de diagnose surmenage tot meer somatisch handelen, terwijl de diagnose depressie tot (nog) meer psychosociaal handelen aanleiding geeft. De diagnose depressie gaat gepaard met meer bemoeienis van de huisarts: gesprekken, medicatie, verwijzingen en vervolcontacten. Dit geeft de indruk dat depressie wordt beschouwd als een ernstiger probleem dan surmenage, en/of dat de prognose van depressie minder gunstig is dan die van surmenage. Een voorschrift voor antidepressiva is praktisch voorbehouden aan patiënten die de diagnose depressie hebben gekregen. Dit zou kunnen wijzen op een 'legitimerende functie'¹² van de diagnose depressie. Aangezien slechts een kwart van de depressieve patiënten een dergelijk voorschrift krijgt, heeft de diagnose depressie daarnaast kennelijk ook andere functies.

Tussen de diagnoses surmenage en depressie bestaat geen groot verschil in 'stabieleit' over een periode van één tot drie maanden. Als een patiënt met een diagnose surmenage of depressie bij de huisarts terugkomt, wordt hem in meer dan één op de drie gevallen een andere diagnose toegekend. In één op de acht à negen gevallen wordt gewisseld tussen de diagnoses surmenage en depressie. Deze mogelijke inconsistentie in het toekennen van diagnoses is misschien typerend voor de huisartspraktijk; ze hangt in elk geval niet samen met de aard van de diagnose. Hoewel depressieve patiënten vaker bij hun huisarts terugkomen dan overspannen patiënten, wordt bij depressie wat vaker teruggegrepen op de oorspronkelijke diagnose dan bij surmenage, zodat uiteindelijk de diagnose depressie iets 'stabiel' is dan de diagnose surmenage. Misschien is depressie toch een duidelijker diagnose dan surmenage. Overigens bleek bij de Nationale Studie

dat het overeenstemmingspercentage bij de benoeming van papieren patiënten met surmenage en depressie boven de 85 respectievelijk 95 procent lag.⁷

Al met al blijkt dat de diagnoses surmenage en depressie in de huisartspraktijk naar (althans gedeeltelijk) verschillende zaken verwijzen. Voor de diagnoses surmenage en depressie bestaan in de huisartsgeneeskunde geen algemeen geaccepteerde diagnostische criteria. Kennelijk gaan huisartsen door de confrontatie met psychische problemen in de praktijk min of meer spontaan twee verschillende syndromen onderscheiden, die zij labelen als surmenage en depressie.

Literatuur

- 1 Terluin B, Gill K, Winnubst JAM. Hoe zien huisartsen surmenage? *Huisarts Wet* 1992; 35: 311-5.
- 2 Sigling HO, Van Tilburg W. De depressieve patiënt. Utrecht: Bunge, 1981.
- 3 Van der Burg-van Walsum M, Chavannes AW, Van Berkestijn LGM. De dokter in gesprek. Utrecht: Bunge, 1988.
- 4 Jongerius JAC. Depressie. *Huisarts Wet* 1987; 30: 248-51.
- 5 Van den Hoofdakker RH, Albersnagel FA, De Cuyper H. Stemmingsstoornissen. In: Vandereycken W, Hoogduin CAL, Emmelkamp PMG. *Handboek psychopathologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1990.
- 6 Bensing JM, Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. De nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. *Huisarts Wet* 1991; 34: 51-61.
- 7 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: Nivel, 1991.
- 8 Lamberts H, Wood M, eds. *International classification of primary care*. Oxford: Oxford University Press, 1987.
- 9 Classification Committee WONCA. *An international glossary for primary care*. *Huisarts Wet* 1981; 24: 342-6.
- 10 Blalock HM. *Social statistics*. 2nd ed. Tokyo: McCraw-Hill Kogakuska, 1979.
- 11 Lamberts H. *Morbidity in general practice*. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.
- 12 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 13 Terluin B. Surmenage in een huisartspraktijk. Over de wanverhouding tussen psychische belasting en belastbaarheid. *Med Contact* 1988; 43: 1495-8.
- 14 De Bakker D, Sixma H, Van der Velden J. *Morbiditeit in de Almeerse huisartspraktijk. Ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk*. Utrecht: Nivel, 1992. ■