



# Achtergronddocument

Bij registratierichtlijn E003 - Beroepsgebonden  
depressie

# Achtergronddocument

## Bij registratierichtlijn E003 - Beroepsgebonden depressie



**Nederlands Centrum voor Beroepsziekten**  
Coronel Instituut AMC/UvA  
Postbus 22660  
1100 DD Amsterdam  
tel. 020 566 5387  
e-mail: [ncvb@amc.nl](mailto:ncvb@amc.nl)

# Bij registratierichtlijn E003 - Beroepsgebonden Depressie

## Beroepsgebonden depressie-omschrijving van de aandoening

Er is sprake van een beroepsgebonden depressie als een depressieve stoornis of een beperkte/subklinische depressie in overwegende mate veroorzaakt of uitgelokt is door belastende psychische omstandigheden in het werk. Depressieve stoornissen zijn veel voorkomende psychische aandoeningen in de algemene bevolking. Zo bleek de (lifetime) prevalentie bij een uitgebreide Nederlandse studie (NEMESIS) 19% en de 12-maanden-prevalentie 7.6%. Daarmee was deze aandoening, samen met angststoornissen en alcoholmisbruik de meest voorkomende aandoening.<sup>1</sup> Binnen de werkende bevolking bleek 7% een vermoedelijke depressie te hebben.<sup>2</sup> Tenslotte bleken 22% van een groep verzuimende werknemers die met psychische klachten de bedrijfsarts bezochten een depressieve stoornis te hebben.<sup>3</sup> Het is niet bekend welk percentage werknemers met depressieve stoornissen een beroepsgebonden depressie heeft. Wel is bekend dat in 2004 6% van de meldingen van psychische beroepsziekten aan het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten een beroepsgebonden depressie betrof.<sup>4</sup>

## Belangrijkste risicogroepen:

Het merendeel van de onderzoeken naar de relatie tussen werkomstandigheden en depressie wordt binnen groepen met vergelijkbare beroepen uitgevoerd. Een uitzondering is het onderzoek van Eaton en collega's (1990) dat het voorkomen van depressie binnen een scala van beroepen bestudeerde. Hieruit bleek dat depressie het vaakst voorkwam bij advocaten (Odds Ratio 3.6, 95% Betrouwbaarheidsinterval 1.4-9.3), leraren (Odds Ratio 2,8, 95% Betrouwbaarheidsinterval 1,2-6,8) en secretariael personeel (Odds Ratio 1.9, 95% Betrouwbaarheidsinterval 1.2-3.1).<sup>5</sup>

## Klinische diagnostiek

De diagnostiek van een depressieve stoornis geschiedt op basis van de anamnese. Leidraad hierbij is de DSM-IV.<sup>6</sup> Dit internationale classificatie systeem spreekt van een depressieve stoornis (major depressive disorder) als vijf van de negen symptomen (zie richtlijn) aanwezig zijn gedurende minstens twee weken. Als er 2-4 symptomen aanwezig zijn, is er sprake van een subklinische depressie (minor depressive disorder). Als de symptomen toe te schrijven zijn aan de gevolgen van een middel (zoals bij blootstelling aan lood of organische oplosmiddelen) mag de diagnose volgens de DSM-IV niet gesteld worden. Differentiaal diagnostisch kan het wel van belang zijn mogelijke fysische en chemische oorzaken te onderzoeken. Differentiaal diagnostisch is het onderscheid met burnout en overspanning van belang. De klacht somberheid komt ook voor bij burnout/overspanning. Onderscheidend voor depressie zijn de blijvend depressieve stemming, het ontbreken van positieve emoties en depressieve gedachten over wie men is, wat men presteert en vaak ook over verleden en nabije toekomst. Sterke gevoelens van schuld, waardeloosheid en suicidaliteit behoren uitsluitend tot de symptomen van depressie en passen niet bij burnout/overspanning.<sup>7</sup>

## Oorzakelijke blootstellingen

Om het niveau van bewijskracht van de conclusie ten aanzien van de relatie tussen werkgebonden risicofactoren en het ontstaan van depressie aan te geven is gebruik gemaakt van de onderverdeling van het CBO<sup>8</sup>. Deze systematiek hanteert 4 niveaus waarbij niveau 1 betekent dat de conclusie gebaseerd is op minstens 1 systematische review of twee onafhankelijke prospectieve cohort onderzoeken van voldoende kwaliteit. Zie bijlage 1 voor een overzicht van de gehanteerde systematiek.

## Psychosociale risicofactoren

Door Roos en Sluiter is in 2004 een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd naar de relatie tussen werkgebonden psychosociale risicofactoren en het ontstaan van depressie.<sup>9</sup> Zij identificeerden zes studies<sup>10-15</sup> die voldeden aan kwaliteitseisen zoals een verantwoorde diagnostiek van de depressie en een responspercentage van >50%. Uit drie van deze studies bleek dat een gebrek aan sociale ondersteuning op het werk (waaronder ook pesten) samenhang met het ontstaan van depressieve klachten. Uit twee studies bleek dat dit ook gold voor het

hebben van een niet-passende functie. Door de sterkte van deze verbanden (Odds Ratio >2, uitgaande van de ondergrens van het betrouwbaarheidsinterval) is het aannemelijk dat deze een voldoende onafhankelijke bijdrage aan het ontstaan van de aandoening leveren om te spreken van een beroepsgebonden depressie.

Niveau 1	<p>Het is aangetoond dat gebrek aan sociale ondersteuning een risicofactor is voor het ontstaan van depressie.</p> <p><i>A1 Roos &amp; Sluiter, 2004<sup>9</sup> (Op basis van A2 Kawakami et al, 1992<sup>12</sup>, A2 Kivimäki et al, 2003<sup>13</sup>, A2 Niedhammer et al, 1998<sup>14</sup>)</i></p>
----------	--

Niveau 2	<p>Er zijn sterke aanwijzingen dat het hebben van een niet-passende functie een risicofactor is voor het ontstaan van depressie.</p> <p><i>A2 Kawakami et al, 1992<sup>12</sup> B Kawakami et al, 1990<sup>11</sup></i></p>
----------	---

Daarnaast bleek uit de geïdentificeerde studies dat een aantal psychosociale factoren in het werk een bijdrage kunnen leveren aan het ontstaan van een depressieve episode, maar de sterkte van dit verband was minder sterk (Odds Ratio <2) of de resultaten tussen studies inconsistent: het hebben van teveel werk (wisselende uitkomsten tussen de studies), gebrek aan regelmogelijkheden (wisselende uitkomsten), hoge psychologische taakeisen (1 studie) en meegemaakte stressvolle werkgebeurtenissen (1 studie).

Niveau 1	<p>Er zijn aanwijzingen dat het hebben van teveel werk en gebrek aan regelmogelijkheden risicofactoren zijn voor het ontstaan van depressie.</p> <p><i>A1 Roos &amp; Sluiter, 2004<sup>9</sup> (Op basis van A2 Kawakami et al, 1992<sup>12</sup> B Kawakami et al, 1990<sup>11</sup> A2 Shields et al, 1999<sup>15</sup>, A2 Griffin et al, 2002<sup>10</sup> A2 Niedhammer et al, 1998<sup>14</sup>)</i></p>
----------	--

Niveau 3	<p>Er zijn beperkte aanwijzingen dat hoge psychologische taakeisen en stressvolle gebeurtenissen risicofactoren zijn voor het ontstaan van depressie.</p> <p><i>A2 Niedhammer et al, 1998<sup>14</sup></i></p>
----------	--

Na het verschijnen van het bovengenoemde literatuuronderzoek is een secundaire analyse gepubliceerd van één van de zes geïdentificeerde studies van Roos en Sluiter.<sup>13</sup>

Secundaire analyses wijzen uit dat ook een slechte werksfeer (weinig betrokkenheid van werknemers bij beslissingen en weinig duidelijkheid en overeenstemming over werkdoelen) en onrechtvaardigheid en onbeleefdheid van de leidinggevende invloed kunnen hebben op het ontstaan van een depressie.<sup>16</sup> Gezien de grote overlap met het concept “gebrek aan sociale ondersteuning (pesten)” is dit niet opgenomen als aparte psychosociale factor in de registratierichtlijn. Een aanvullende bevinding van de secundaire analyses was dat procedurele onrechtvaardigheid ook van invloed is op het ontstaan van een depressie. Procedurele

onrechtvaardigheid betekent dat besluiten op het werk niet accuraat, consistent en voor beroep vatbaar zijn. Deze factor is wel opgenomen in de registratierichtlijn.

Niveau 3	Er zijn beperkte aanwijzingen dat procedurele onrechtvaardigheid een risicofactor is voor het ontstaan van depressie.  <i>A2 Ylipaavalniemi et al, 2005<sup>16</sup></i>
----------	--

### **Fysische en chemische risicofactoren**

Naar de volgende fysische en chemische risicofactoren in het werk is een beperkte search uitgevoerd naar literatuur over het verband tussen blootstelling op het werk en het ontstaan van depressie: lawaai, lood, lichtdeprivatie en organische oplosmiddelen. Bij deze search is alleen de database Medline (via pubmed) geraadpleegd.

Van omgevingslawaai (zoals bijvoorbeeld wonen bij een vliegveld) is bekend dat het samenhangt met psychische klachten, maar niet met klinische aandoeningen zoals een depressieve stoornis.<sup>17</sup> Bij een grote cross-sectionele studie naar de relatie tussen lawaai op het werk en psychische klachten werd alleen een associatie tussen lawaai en depressieve klachten gevonden voor vrouwen.<sup>18</sup> Vooralsnog zijn er niet voldoende aanwijzingen om lawaai op het werk aan te merken als risicofactor voor depressie. Daarom is lawaai op het werk niet opgenomen in de registratierichtlijn.

Niveau 4	Er zijn onvoldoende aanwijzingen dat lawaai op het werk een risicofactor is voor het ontstaan van depressie.  <i>C Melamed et al, 1992<sup>18</sup></i>
----------	---

Voor een oorzakelijke relatie tussen lichtdeprivatie en (seizoensgebonden) depressie werden bij deze search geen aanwijzingen gevonden.

Niveau 4	Er zijn geen aanwijzingen dat lichtdeprivatie op het werk een risicofactor is voor het ontstaan van depressie.
----------	--

Voor wat betreft blootstelling aan lood op het werk werden de volgende aanwijzingen gevonden. De concentratie van lood in het bloed bij werknemers vertoont een samenhang met zelfrapportage van depressieve stemming.<sup>19</sup> Uit een wat oude (1983) maar wel longitudinale studie werd een relatie gevonden tussen lood in het bloed en het ontstaan van depressieve klachten.<sup>20</sup>

Niveau 3	Er zijn beperkte aanwijzingen dat blootstelling aan lood op het werk een risicofactor is voor het ontstaan van depressie.  <i>A2 Baker et al, 1983<sup>20</sup> C Maizlish et al, 1995<sup>19</sup></i>
----------	---

Werknemers die blootgesteld zijn geweest aan oplosmiddelen hebben een groter risico op het hebben van een depressieve stoornis volgens de DSM-IV criteria dan werknemers die niet blootgesteld waren, bleek uit twee cross-sectionele studies.<sup>21,22</sup> Let wel, aangezien een somatisch beeld een exclusie criterium is in de DSM-IV zullen alleen de symptoombeschrijving van de DSM-IV criteria zijn meegenomen in de overweging.

	Er zijn beperkte aanwijzingen dat blootstelling aan oplosmiddelen een risicofactor is voor het ontstaan van depressie.
--	--

C Morrow *et al*, 2000<sup>21</sup> C Condray *et al*, 2000<sup>22</sup>

Samenvattend zijn er dus slechts beperkte aanwijzingen dat blootstelling aan de factoren lood en organische oplosmiddelen risicofactoren zijn voor de symptomen van een klinische depressie. Mede omdat een somatisch beeld (zoals bij blootstelling aan lood of oplosmiddelen) een exclusie criterium is voor de diagnose volgens de DSM-IV is, zijn deze chemische risicofactoren niet in deze richtlijn opgenomen als risicofactoren. Wel wordt aangeraden bij een vermoeden van werkgerelateerde blootstelling aan lood of oplosmiddelen te denken aan de diagnose stemmingsstoornis aan een middel gebonden.

### Predisponerende factoren

Depressie heeft veelal meerdere oorzaken: erfelijke factoren, factoren uit het fysieke en het sociale milieu, persoonlijkheids- en ontwikkelingsfactoren.

De persoonlijkheidskenmerken hostiliteit, lage eigenwaarde en gevaar vermijden, kunnen een risicofactor zijn voor het ontstaan van depressie.<sup>23;24</sup> Echter niet in die mate dat het de relatie tussen werkkenmerken en depressieve klachten volledig kan verklaren. Bij lichamelijke factoren dient ook gedacht te worden aan lichamelijke (chronische) ziekten<sup>25;26</sup>, terwijl een gebrek aan adequate zorg van ouders gedurende de jeugd een ontwikkelingsfactor is die kan bijdragen aan het ontstaan van een depressieve episode op latere leeftijd.<sup>27</sup>

### Referenties

- (1) Bijl RV, Ravelli A, van ZG. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33(12):587-595.
- (2) Andrea H, Bultmann U, Beurskens AJ, Swaen GM, van Schayck CP, Kant IJ. Anxiety and depression in the working population using the HAD Scale--psychometrics, prevalence and relationships with psychosocial work characteristics. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39(8):637-646.
- (3) Nieuwenhuijsen K, de Boer AG, Verbeek JH, Blonk RW, van Dijk FJ. The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): detecting anxiety disorder and depression in employees absent from work because of mental health problems. *Occup Environ Med* 2003; 60 Suppl 1:i77-i82.
- (4) NCvB. Signaleringsrapport beroepsziekten 2005.
- (5) Eaton WW, Anthony JC, Mandel W, Garrison R. Occupations and the prevalence of major depressive disorder. *J Occup Med* 1990; 32(11):1079-1087.
- (6) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV)*. American Psychiatric Association, 1994.
- (7) Multidisciplinaire richtlijn Depressie, CBO: 2005.  
[http://www.cbo.nl/product/richtlijnen/folder20021023121843/rl\\_depressie\\_2005.pdf/view](http://www.cbo.nl/product/richtlijnen/folder20021023121843/rl_depressie_2005.pdf/view)
- (8) CBO: Evidence-based Richtlijnontwikkeling: handleiding voor werkgroepleden. 2005.  
[http://www.cbo.nl/product/richtlijnen/handleiding\\_ebro/default\\_view](http://www.cbo.nl/product/richtlijnen/handleiding_ebro/default_view)

- (9) de Roos L SJ. Depressie als beroepsziekte: Identificatie van werkgebonden psychosociale risicofactoren uit de landelijke registratie en een systematisch literatuuronderzoek. *TBV* 2004; **12**:365-371.
- (10) Griffin JM, Fuhrer R, Stansfeld SA, Marmot M. The importance of low control at work and home on depression and anxiety: Do these effects vary by gender and social class? *Social Science & Medicine* 2002; . 54(5).
- (11) Kawakami N, Araki S, Kawashima M. Effects of job stress on occurrence of major depression in Japanese industry: A case-control study nested in a cohort study. *Journal of Occupational Medicine* 1990; . 32(8).
- (12) Kawakami N, Haratani T, Araki S. Effects of perceived job stress on depressive symptoms in blue collar workers of an electrical factory in Japan. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 1992; . 18(3).
- (13) Kivimaki M, Elovainio M, Vahtera J. Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Occup Environ Med* 2000; 57(10):656-660.
- (14) Niedhammer I, Goldberg M, Leclerc A, Bugel I, David S. Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. *Scand J Work Environ Health* 1998; 24(3):197-205.
- (15) Shields M. Long working hours and health. *Health Rep* 1999; 11(2):33-48.
- (16) Ylipaavalniemi J, Kivimaki M, Elovainio M, Virtanen M, Keltikangas-Jarvinen L, Vahtera J. Psychosocial work characteristics and incidence of newly diagnosed depression: a prospective cohort study of three different models. *Soc Sci Med* 2005; 61(1):111-122.
- (17) Stansfeld SA, Haines MM, Burr M, Berry B, Lercher P. A Review of Environmental Noise and Mental Health. *Noise Health* 2000; 2(8):1-8.
- (18) Melamed S, Luz J, Green MS. Noise exposure, noise annoyance and their relation to psychological distress, accident and sickness absence among blue-collar workers--the Cordis Study. *Isr J Med Sci* 1992; 28(8-9):629-635.
- (19) Maizlish NA, Parra G, Feo O. Neurobehavioural evaluation of Venezuelan workers exposed to inorganic lead. *Occup Environ Med* 1995; 52(6):408-414.
- (20) Baker EL, Feldman RG, White RF, Harley JP. The role of occupational lead exposure in the genesis of psychiatric and behavioral disturbances. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1983; 303:38-48.
- (21) Morrow LA, Gibson C, Bagovich GR, Stein L, Condray R, Scott A. Increased incidence of anxiety and depressive disorders in persons with organic solvent exposure. *Psychosom Med* 2000; 62(6):746-750.
- (22) Condray R, Morrow LA, Steinhauer SR, Hodgson M, Kelley M. Mood and behavioral symptoms in individuals with chronic solvent exposure. *Psychiatry Res* 2000; 97(2-3):191-206.
- (23) Paterniti S, Niedhammer I, Lang T, Consoli SM. Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms. Longitudinal results from the GAZEL Study. *Br J Psychiatry* 2002; 181:111-117.
- (24) Jurado D, Gurpegui M, Moreno O, Fernandez MC, Luna JD, Galvez R. Association of personality and work conditions with depressive symptoms. *Eur Psychiatry* 2005; 20(3):213-222.
- (25) Donie JF. The relationship between diabetes and depression: improving the effectiveness of case management interventions. *Lippincotts Case Manag* 2004; 9(4):177-183.
- (26) Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004;(32):57-71.

- (27) Repetti RL, Taylor SE, Seeman TE. Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. Psychol Bull 2002; 128(2):330-366.
- (28) Evidence-based Richtlijnontwikkeling, Handleiding voor werkgroepleden. CBO: 2005.  
[http://www.cbo.nl/product/richtlijnen/handleiding\\_ebro/handl\\_totaal.pdf/view](http://www.cbo.nl/product/richtlijnen/handleiding_ebro/handl_totaal.pdf/view)



## Bijlage 1: Methodologische kwaliteit van studies en niveau van bewijskracht van de conclusies<sup>28</sup>

**Tabel 1.1 Indeling van methodologische kwaliteit van studies naar schade of bijwerkingen, etiologie en prognose.**

<b>A1</b>	Systematische review van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau
<b>A2</b>	Prospectief cohort onderzoek van voldoende omvang en follow-up, waarbij adequaat gecontroleerd is voor 'confounding' en selectieve follow-up voldoende is uitgesloten.
<b>B</b>	Prospectief cohort onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 of retrospectief cohort onderzoek of patiënt-controle onderzoek
<b>C</b>	Niet-vergelijkend onderzoek
<b>D</b>	Mening van deskundigen

**Tabel 1.2 Niveau van bewijskracht van de conclusie op basis van het aan de conclusie ten grondslag liggend bewijs**

<b>Niveau</b>	<b>Conclusie gebaseerd op</b>
1	Eén systematische review (A1) of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2
2	Ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
3	Eén onderzoek van niveau A2 of B of één of meerdere onderzoeken van niveau C
4	Mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden