



# **Achtergronddocument bij de**

## **Richtlijn Depressie**

### **voor bedrijfsartsen & verzekeringsartsen**

# Colofon

© NVAB, NVVG, GAV, 2016

## *Uitgave*

NVAB

## **Kwaliteitsbureau NVAB**

Postbus 2113

3500 GC Utrecht

T 030 2040620

E [nvab@nvab-online.nl](mailto:nvab@nvab-online.nl)

W [www.nvab-online.nl](http://www.nvab-online.nl)

## *Auteurs*

Mw. M.H.H. (Marjolein) Bastiaanssen, bedrijfsarts

Dhr. prof. dr. C.T.J. (Carel) Hulshof, bedrijfsarts

Dhr. dr. A.C.L.P.J. (Arco) Verhoeven, bedrijfs- en verzekeringsarts

Dhr. prof. dr. H. (Haije) Wind, verzekeringsarts

Dhr. dr. F. (Feico) Zwerver, verzekeringsarts

Mw. dr. M.L.A. (Monique) Broekhuizen, verzekeringsarts

Dhr. P (Pieter-Paul) van der Does de Willebois, psychiater

Mw. dr. P. (Paula) Eken, verzekeringsarts

Dhr. drs. L. (Lars) van Kessel, GZ-psycholoog

Mw. M.A.J.M. (Monique) Loo, bedrijfsarts

Dhr. H. (Henk) van Ringen, arbeidsdeskundige

Dhr. dr. H.C.A.M. (Eric) van Rijswijk, huisarts

Mw. M. (Marieke) Sweens, patiëntvertegenwoordiger

## *Coördinatie en eindredactie*

Mw. M. (Marian) Lebbink, stafmedewerker

## *Datum autorisatie*

- NVAB: 17 augustus 2016
- NVVG: 16 september 2016

# INHOUD

## INLEIDING

• Uitgangspunten	5
• Organisatie van zorg	7
• Doel van het achtergronddocument	7
• Inhoud van de richtlijn	7
• Methode en verantwoording	8
- Systematische review	
- Kerngroep	
- Projectgroep	
- Werknemers- en werkgeversperspectief	
- Commentaarfase en autorisatie	
- Conflicterende belangen	
• Juridische betekenis	10
• Evaluatie en actualisering	10

## ACHTERGRONDDOCUMENT BIJ DE RICHTLIJN DEPRESSIE VOOR BEDRIJFSARTSEN & VERZEKERINGSARTSEN

<b>1. Preventie</b>	<b>11</b>
<b>A. Preventie van het ontstaan van werkgebonden depressie</b>	<b>11</b>
1.1 Werkgebonden causale factoren	12
1.2 Werkgebonden psychosociale risicofactoren	14
1.3 Overige Werkgebonden risicofactoren	20
1.4 Risicogroepen	23
1.5 (Chronische) aandoeningen als risicofactor	25
1.6 Risicofactoren uit registratierichtlijnen NCvB	26
1.7 Overige overwegingen	28
1.8 Aanbevelingen	28
Referenties	31
<b>B. Preventie van gevolgen van depressie</b>	<b>33</b>
(verergeren van depressie, ontstaan van verzuim en instroom in arbeids- ongeschiktheidsregelingen)	
1.9 Perspectief van de patiënt	33
1.10 Ervaren belemmeringen	33
1.11 Hoe beleeft de patiënt met een depressie problemen op het werk?	34
1.12 Overige overwegingen	37
1.13 Conclusies	39
1.14 Aanbevelingen	40
Referenties	40

<b>2. Diagnostiek en probleemoriëntatie: arbeidsbeperkingen en beroepsziekte</b>	<b>41</b>
2.1 Diagnostiek	41
2.2 Gevolgen depressie voor het functioneren in het algemeen	44
2.3 Gevolgen depressie voor het functioneren in arbeid	46
2.4 Rijvaardigheid bij depressie	48
2.5 Hulpmiddelen om arbeidsbeperkingen bij depressie vast te stellen	50
2.6 Conclusies	51
2.7 Aanbevelingen	51
Referenties	52
<b>3. Interventies</b>	<b>55</b>
3.1 Interventies gericht op functioneren op het werk	55
3.2 Interventies gericht op beperking arbeidsverzuim en instroom in arbeidsongeschiktheidsverzekeringen	56
3.3 Overige overwegingen	59
3.4 Aanbevelingen	61
Referenties	61
<b>4. Prognose</b>	<b>63</b>
4.1 Functioneren op het werk	64
4.2 Terugkeer naar werk en instroom in arbeidsongeschiktheidsregelingen	65
4.3 Opnieuw uitvallen	75
4.4 Overige overwegingen	77
4.5 Aanbevelingen	78
Referenties	79
<b>5. Evaluatie</b>	<b>79</b>
5.1 Herkennen van (dreigende) stagnatie	79
5.2 Interventies om stagnatie op te heffen	80
5.3 Toetsing re-integratie inspanningen bij WIA aanvraag	80
5.4 Overige overwegingen	81
5.5 Aanbevelingen	81
Referenties	82
<b>BIJLAGEN</b>	
1. GRADE en EBRO-systematiek	83
2. Evidencetabellen en kwaliteit van de evidence (separaat)	86
3. Aandachtpuntenlijst Depressie (Slebus 2008)	87
4. Kennislacunes	89
5. Overzicht belangenverklaringen	90
6. Performance indicatoren	91
7. Referenten	93

## Inleiding

De richtlijn 'Depressie' is ontwikkeld voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. Met de integratie van bedrijfsgeneeskundige en verzekeringsgeneeskundige kennis en aanbevelingen in één gezamenlijke richtlijn, vindt onderlinge afstemming plaats en is een normenkader ontwikkeld dat beide beroepsgroepen onderschrijven.

Deze gezamenlijke richtlijn betekent 1] een herziening van het NVVG-protocol Depressieve stoornis (2006) en 2] een aanvulling op de bestaande NVAB-richtlijn Psychische Problemen (2007). De datering van deze documenten vormde aanleiding voor een update, evenals het beschikbaar komen van gegevens uit nieuw onderzoek naar de relatie tussen depressie en werk, over factoren die van belang zijn voor werkbehoud en werkhervatting, over de effectiviteit van interventies en over het vaststellen van mogelijkheden, beperkingen en prognose.

De primair betrokken beroepsgroepen zijn bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. Met deze laatste groep worden zowel de verzekeringsartsen in de publieke als verzekeringsartsen en medisch adviseurs in de private sector bedoeld. De betrokken beroepsorganisaties zijn: NVAB, NVVG en GAV.

## Uitgangspunten

Deze richtlijn is een verdieping voor het domein 'arbeid en gezondheid' van de 'Multidisciplinaire richtlijn depressie' (Trimbos-instituut, 2013, derde revisie). De aanbevelingen in deze richtlijn zijn primair bedoeld voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen.

- **Diagnostiek**

Het diagnosticeren van een depressieve stoornis gebeurt op basis van het vraaggesprek; het gaat met andere woorden om een klinische diagnose (Multidisciplinaire richtlijn depressie, Trimbos, 2013). Het concept 'depressie' zoals gedefinieerd in de internationaal dominante classificatiesystemen DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV). American Psychiatric Association, 1994) en DSM-5 (APA, fifth edition 2013), is niet onomstreden (Dehue T. De depressie-epidemie. Atlas-Contact, Amsterdam, mei 2008). Toch gebruiken wij deze systematiek om aan te kunnen sluiten bij de multidisciplinaire richtlijn Depressie (Trimbos, 2013), die ook door de NVAB en NVVG is geautoriseerd. De DSM-IV en DSM-5 spreken beide van een depressieve stoornis (*major depressive disorder*) wanneer tenminste vijf van de negen symptomen – waaronder tenminste één kernsymptoom – aanwezig zijn. Men onderscheidt naar ernst: een lichte (5 symptomen), matig ernstige (6-7) en een ernstige (8-9) depressie. Bij twee tot vier symptomen spreekt men van dysthymie (of *minor depressive disorder*). Differentiaal diagnostisch is het onderscheid met burnout en overspanning van belang. De klacht somberheid komt immers ook voor bij deze stress-gerelateerde aandoeningen. Daarbij is echter geen sprake van aanhoudende somberheid, het ontbreken van positieve emoties en depressieve gedachten over wie men is en wat men presteert. Aanhoudende gevoelens van schuld of waardeloosheid en suïcidaliteit passen niet bij burnout of overspannenheid maar kunnen juist wel optreden bij vaak ernstige depressieve stoornissen. In 2013 en 2014 is de DSM-5 geïntroduceerd in de gezondheidszorg in Nederland. De implementatie van de DSM-5 vindt landelijk in 2017 plaats. Het beschikbare onderzoek is nu nog gebaseerd op de DSM-IV methodiek. Volgens een artikel van Spijker en Gaes in het tijdschrift voor psychiatrie (56

(2014) 3, 173-176) zullen de veranderingen in de DSM-5 (ten opzichte van DSM-IV) waarschijnlijk niet tot grote verschuivingen in de behandelpraktijk van mensen met depressieve klachten leiden.

Wat de diagnostiek van de depressieve stoornis betreft zijn er geen grote veranderingen in de DSM-5 ten opzichte van de DSM-IV. De criteria voor een depressieve stoornis zijn hetzelfde gebleven. Alleen het rouwcriterium, dat in de DSM-IV een exclusiecriteria was, is in de DSM-5 verdwenen. In de DSM-5 is er een opmerking toegevoegd over aanzienlijk verlies. Bij aanzienlijk verlies (bijvoorbeeld door het overlijden van een dierbare, financiële ondergang, verliezen door een natuurramp, een ernstige somatische aandoening of beperking) kunnen er zich reacties voordoen zoals gevoelens van intens verdriet, rumineren over het verlies, insomnia, verminderde eetlust en gewichtsverlies, die kunnen lijken op een depressieve episode. In zo'n geval moet er overwogen worden of deze symptomen begrijpelijk en passend zijn bij het verlies, of dat er naast deze normale reactie op het verlies, ook sprake is van een depressieve episode. Deze overweging vraagt om een klinisch oordeel. In de DSM-5 is de term dysthyme stoornis uit de DSM-IV vervangen door de term persisterende depressieve stoornis. De criteria voor deze stoornis zijn niet veranderd.

De evaluatie van suïcidaliteit heeft nadrukkelijk aandacht nodig. De betrokken verzekeringsartsen en bedrijfsartsen horen alert te zijn op signalen van suïcidaliteit, de gedachten en beweegredenen van cliënt op een open wijze te bespreken en waar nodig cliënt te verwijzen en te begeleiden naar passende hulpverlening (intern document UWV; SMZ-CEC. Leidraad Suïcidedreiging en de rol van de verzekeringsarts, februari 2014).

#### • **Behandeling**

De multidisciplinaire richtlijn Depressie (Trimbos, 2013) doet – kort weergegeven – de volgende aanbevelingen voor de behandeling van depressie:

- *Lichte depressieve episode, korter dan 3 maanden*  
Voor lichte depressieve episoden korter dan 3 maanden bestaand worden naast de basisinterventies in overleg met de patiënt naar keuze eerste-stap interventies toegevoegd. Farmacotherapie is bij lichte depressie niet geïndiceerd. Basisinterventies zijn: psychoeducatie, dagstructurering en actief volgen. Eerste-stap interventies zijn: fysieke inspanning/lichamelijke activiteit of running therapie, bibliotherapie, zelfhulp of zelfmanagement (al dan niet als e-health interventie), activerende begeleiding, counseling of psychosociale interventies.
- *Lichte depressieve episode, langer dan 3 maanden*  
In het geval van lichte depressieve episoden die langer dan 3 maanden bestaan of optreden als recidief, wordt (naast de basis- en eerste-stap interventies) in overleg met de patiënt een keuze gemaakt voor probleemoplossende therapie of systematische kortdurende behandeling. Als dit onvoldoende effect heeft, wordt in overleg met de patiënt een keuze gemaakt tussen cognitieve (gedrags)therapie (CT of CGT), gedragstherapie (GT) of interpersoonlijke therapie (IPT). Bij onvoldoende herstel kan in overleg met de patiënt de keuze gemaakt worden voor farmacotherapie (met ondersteunende gesprekken).
- *Matige of ernstige depressieve episode, eerste episode*  
Ook in de behandeling van eerste (matig) ernstige depressieve episoden zijn de basisinterventies altijd geïndiceerd, aangevuld met (continuering van) eerste-stap interventies.

Tegelijkertijd is ook behandeling met psychotherapie dan wel farmacotherapie geïndiceerd.

- *Matige of ernstige depressieve episode, recidiverend*

In de behandeling van recidiverende (matig) ernstige depressieve episoden is, naast de basisinterventies, psychotherapie dan wel combinatiebehandeling van psychotherapie en farmacotherapie geïndiceerd. Een behandelbeleid met uitsluitend farmacotherapie is niet geïndiceerd bij een recidiverende matige of ernstige depressie.

• **Patiënten, cliënten, werknemers, (potentieel) werkenden<sup>1</sup>**

In dit achtergronddocument zijn al deze begrippen te vinden. In de tekst is namelijk aangesloten bij de oorspronkelijke literatuur en bronnen en de benaming van de persoon met een depressie is uit de betreffende bron overgenomen. De literatuur en de bronnen zijn steeds bestudeerd met als doel een betere zorg voor en gezondheid van (potentieel) werkenden.

## Organisatie van zorg

De organisatie van de zorg voor mensen met een depressie komt in deze richtlijn niet aan de orde. Zie daarvoor de Zorgstandaard Depressie (Trimbos, 2011).

## Doel van het achtergronddocument

Het achtergronddocument heeft als doel de wetenschappelijke verantwoording en onderbouwing van de aanbevelingen in de richtlijn op een overzichtelijke wijze te presenteren.

## Inhoud van de richtlijn

In de richtlijn worden zes uitgangsvragen beantwoord die betrekking hebben op belangrijke aspecten van de relatie tussen werk en depressie:

- **Preventie van depressie**
  1. Welke werkgebonden factoren veroorzaken depressie – en zijn mogelijk richtpunt van preventieve actie?
  2. Welke belemmeringen ervaren (potentieel) werkenden met een depressieve stoornis binnen en buiten het werk? Welke mogelijkheden en oplossingen zien zij?
- **Verzuim en re-integratie**
  - A. Diagnose
    3. Welke arbeidsbeperkingen zijn verbonden met depressie?  
Hoe kunnen de arbeidsbelastbaarheid en de arbeidsmogelijkheden van (potentieel) werkenden met een depressie betrouwbaar - valide, transparant en aanvaardbaar - worden vastgesteld?
  - B. Interventies
    4. Welke interventies hebben een bewezen (gunstig) effect of géén effect op de arbeidsrelevante uitkomstmaten:
      - functioneren op het werk
      - terugkeer in werk

---

<sup>1</sup>Werkenden: mensen met betaald werk, zonder onderscheid naar type arbeidscontract (dus ook mensen zonder arbeidscontract, zoals ZZP-ers). De potentieel werkenden zijn degenen die niet werken maar wel kunnen werken of (waarschijnlijk) in de toekomst in staat zijn om te werken. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan werkzoekenden of mensen die na behandeling en/of herkeuring weer op zoek zijn naar (al dan niet betaald) werk.

- instroom in uitkeringen of regelingen bij arbeidsongeschiktheid?
- C. Prognose
- 5. Welke factoren hebben (gunstige of ongunstige) invloed op de prognose van:
  - functioneren op het werk
  - terugkeer in werk en de preventie van terugval
  - instroom in uitkeringen of regelingen bij arbeidsongeschiktheid?
- D. Evaluatie
- 6. Hoe kan de voortgang of stagnatie van herstel bij (potentieel) werkenden met een depressieve stoornis op een transparante en aanvaardbare wijze worden geëvalueerd?

## Methoden en verantwoording

Het ontwikkelen van deze richtlijn is mogelijk gemaakt dankzij financiële steun vanuit het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW). Als subsidieverstrekker heeft SZW geen invloed gehad op de inhoud van de richtlijn.

### • *Systematische review*

Nadat de uitgangsvragen zijn vastgesteld, zijn literatuursearches uitgevoerd en is de gevonden literatuur beoordeeld en bediscussieerd.

Bij de totstandkoming van deze evidence based richtlijn is voor een deel (met name bij de vragen over interventies) de GRADE-methodiek gebruikt. GRADE staat voor 'Grading Recommendations Assessment, Development and Evaluation' (zie <http://www.gradeworkinggroup.org/>, Atkins et al, 2004).

Bij andere vragen (met name over etiologie en prognose) was GRADE niet altijd te gebruiken. De bewijskracht van de conclusie werd voor deze vragen bepaald volgens de EBRO-methode (Evidence Based Richtlijn Ontwikkeling; van Everdingen et al, 2004). Zie bijlage 1 voor de systematiek van GRADE en EBRO.

Aan de hand van de evidence uit de literatuur zijn evidencetabellen opgesteld (bijlage 2). Deze tabellen vormen de basis van de richtlijn. Conclusies met vermelding van het niveau van bewijs uit de evidencetabellen zijn in de tekst van dit achtergronddocument opgenomen.

Zoals gebruikelijk in richtlijntrajecten voor het domein 'Arbeid en gezondheid' werd gebruik gemaakt van twee werkgroepen, een kerngroep en een (brede) projectgroep.

### • *Kerngroep*

In de Kerngroep waren vertegenwoordigd:

- voorzitter - dhr. prof. dr. H. (Haije) Wind, NVVG
- inhoudsdeskundige - dhr. dr. F. (Feico) Zwerver, NVVG
- inhoudsdeskundige - dhr. dr. A.C.L.P.J. (Arco) Verhoeven, NVAB (tot juni 2015)
- inhoudsdeskundige - mw. M.H.H. (Marjolein) Bastiaanssen, NVAB (vanaf juni 2015)
- deskundige richtlijnontwikkeling - dhr. prof. dr. C.T.J. (Carel) Hulshof, NVAB
- projectondersteuner – mw. M. (Marian) Lebbink, stafmedewerker NVAB.

De Kerngroep deed het voorbereidende werk aan de hand van het projectplan, voerde de



knelpuntenanalyse uit en deed een voorstel voor de uitgangsvragen. Tevens leverde ze de epidemiologische en praktische uitwerking van het project (met name literatuursearch, critical appraisal, opstellen evidence rapport, opstellen conceptrichtlijn en uitvoeren externe commentaarronde). De Kerngroep kwam gedurende de looptijd zeven maal bijeen.

- **Projectgroep**

De projectgroep bestond uit vertegenwoordigers van de gebruikers van de richtlijn, aangevuld met een experts op het terrein van de richtlijn Depressie:

- NVVG - mw. dr. M.L.A. (Monique) Broekhuizen, verzekeringsarts
- GAV - mw. dr. P. (Paula) Eken, verzekeringsarts
- NVAB - mw. M.A.J.M (Monique) Loo, bedrijfsarts
- NVGzP – dhr. L. (Lars) van Kessel, GZ-psycholoog
- NHG - dhr. dr. H.C.A.M. (Eric) van Rijswijk, huisarts
- Patiëntvertegenwoordiger - mw. M. (Marieke) Sweens
- NVvA- dhr. H. (Henk) van Ringen, arbeidsdeskundige
- NVvP – dhr. P.P.M. (Pieter-Paul) van der Does de Willebois, psychiater.

De vergaderingen van de projectgroep werden voorgezeten door de kerngroepvoorzitter prof. dr. H. (Haije) Wind, ondersteund door mw. M. (Marian) Lebbink.

De projectgroep had als taken de knelpuntanalyse te beoordelen en aan te vullen, de concrete uitgangsvragen te formuleren en te accorderen, op basis van de door de kerngroep gemaakte evidencerapporten en overige overwegingen de concrete aanbevelingen te accorderen en aan te vullen, en de verschillende stadia van de richtlijn te beoordelen. De projectgroep kwam gedurende de looptijd zeven maal bijeen.

- **Werknemers-/patiënten- en werkgeversperspectief**

In de richtlijn en het achtergronddocument is voor beantwoording van uitgangsvraag 2 (Welke belemmeringen ervaren (potentieel) werkenden met een depressieve stoornis binnen en buiten het werk? Welke mogelijkheden en oplossingen zien zij?) gebruik gemaakt van informatie van projecten en websites van/voor mensen met ene depressie.

Verder participeerde in de projectgroep participeerde een vertegenwoordiger namens de patiënten; in de commentaarronde hebben zowel vertegenwoordigers van werkgevers als van werknemers/patiënten input gegeven. Deze input van patiënten, werknemers en werkgevers is verwerkt in de richtlijn.

- **Commentaarfase en autorisatie**

De conceptteksten van de richtlijn en het achtergronddocument zijn ter becommentariëring voorgelegd aan inhoudelijke experts, aan vertegenwoordigers van patiënten- en werknemersorganisaties en aan werkgeversorganisaties, alsmede aan de leden van de NVAB, NVVG en GAV (de betrokken beroepsverenigingen). De lijst met referenten is opgenomen in bijlage 7.

Daarna is de richtlijn voor bestuurlijke goedkeuring voorgelegd aan de betrokken beroeps-groepen en gepubliceerd.

- **Conflicterende belangen**

Alle leden van de kern- en de projectgroep hebben een belangenverklaring ingevuld waarin zij hun banden met commerciële bedrijven hebben aangegeven gedurende het ontwikkeltraject en in de daaraan voorafgaande jaren. Een overzicht van deze belangenverklaringen is opgenomen in bijlage 5.

## **Juridische betekenis**

Richtlijnen zijn op evidence en consensus gebaseerde aanbevelingen waaraan betreffende professionals moeten voldoen om kwalitatief goede advisering en zorg te verlenen.

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften. Na autorisatie van de richtlijn door een beroepsvereniging wordt de richtlijn gezien als deel van de 'professionele standaard'.

Professionals kunnen op basis van hun professionele autonomie zo nodig afwijken van de richtlijn. Afwijken van richtlijnen kan in bepaalde situaties zelfs noodzakelijk zijn. Wanneer van de richtlijn wordt afgeweken, dient dit beargumenteerd en gedocumenteerd te worden (Hulshof CTJ. *Introductie NVAB-richtlijnen*. Utrecht: 2009, Kwaliteitsbureau NVAB).

## **Evaluatie en actualisering**

Binnen de financiering door SZW zijn geen middelen gereserveerd voor de evaluatie noch voor de actualisatie van deze richtlijn. De auteurs van de richtlijn Depressie doen de aanbeveling om de richtlijn te herzien op basis van nieuwe wetenschappelijke inzichten of na maximaal 5 jaar.

De beroepsverenigingen NVAB, NVVG en GAV zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor een actualiseringstraject.

# Achtergronddocument

## bij de richtlijn Depressie voor bedrijfsartsen & verzekeringsartsen

Dit document beschrijft de wetenschappelijke onderbouwing voor de aanbevelingen in de richtlijn; de indeling is gelijk aan die van de richtlijn. Dat maakt het mogelijk om gericht te zoeken naar achtergrondgegevens.

## 1. Preventie

### A. Preventie van het ontstaan van werkgebonden depressie

#### Uitgangsvraag

- Welke werkgebonden factoren veroorzaken depressie – en zijn mogelijk richtpunt van preventieve actie?

#### Depressie en verzuim

Stemmingsstoornissen komen veel voor. Jaarlijks kampen ongeveer 800.000 Nederlanders met depressieve klachten. Het bevolkingsonderzoek NEMESIS-2 (Netherlands Mental Survey and Incidence Study) [De Graaf 2010] vond dat 19% van de volwassenen tot 64 jaar in Nederland ooit in het leven een depressie heeft gehad (mannen 13%, vrouwen 24%). Ruim 6% van de respondenten bleek aan een stemmingsstoornis te lijden - waarvan 0,9% aan dysthymie (mannen 0,4%, vrouwen 1,3%) en 5,2% aan een depressieve stoornis (mannen 4%, vrouwen ruim 6%). Stemmingsstoornissen zijn het meest prevalent in de leeftijdsklasse 35 tot 45 jaar. In de groep werklozen en arbeidsongeschikten bleken lifetime- en 1-jaarsprevalentie opvallend hoog te zijn met resp. 33,6% en 15,2%.

Werknemers met een depressie verzuimen acht tot ruim negen maal meer dan werknemers zonder depressie. Dit betreft kortdurend, maar vooral ook langdurend verzuim. Werknemers met een depressie die niet verzuimen, functioneren doorgaans minder effectief, vooral door de cognitieve beperkingen (concentratieverlies, geheugenstoornissen, besluiteloosheid en initiatiefverlies) [Gezondheidsraad 2006].

Bij verzuimende werknemers met psychische klachten die een bedrijfsarts bezoeken, wordt in ongeveer 22% een depressie vastgesteld. Depressie verklaart circa 8,2% van de verzuimdagen van de werkende bevolking en is daarmee de grootste oorzaak van verzuim. Verzuim als gevolg van depressie duurt gemiddeld 35,3 dagen; dit is gemiddeld 22,8 dagen meer dan bij verzuim als gevolg van andere aandoeningen.

Stemmingsstoornissen behoren tot de belangrijkste diagnoses bij WIA-aanvragen en toekenningen. In 2013 werd aan 3.326 cliënten een WIA-uitkering toegekend in verband met ziekte met als eerste diagnosecode depressie of dysthymie (CAS-codes P652, P653 en P659). Dit is ongeveer 11% van de instroom in de WIA.

De gevolgen van depressie zijn zonder meer ernstig; door het lijden aan de stemmingsklachten, verhoogde zorgconsumptie, verminderde participatie en productiviteit, arbeidsuitval

en – in het geval van langdurig of terugkerend verzuim – instroom in arbeidsongeschiktheidsregelingen.

Het herkennen van causale risicofactoren voor het ontwikkelen van depressieve klachten, biedt de nodige aangrijpingspunten voor maatregelen op het gebied van primaire preventie. Met primaire preventie worden interventies bedoeld die zijn gericht op het voorkómen dat klachten of een aandoening ontstaan.

<b>Niveau 3</b>	<p>Depressieve klachten en depressie komen veel voor. Het arbeidsverzuim als gevolg van depressie is relatief lang ten opzichte van het verzuim door andere aandoeningen. Er bestaat een duidelijk verband tussen depressie enerzijds en werkloosheid en arbeidsongeschiktheid anderzijds.</p> <p><i>C: de Graaf 2010, CEC UWV 2014</i></p>
-----------------	---

### 1.1. Werkgebonden causale factoren

Volgens een recent rapport van het European Agency for Safety and Health at Work zegt een kwart van de werkenden stress door het werk te ervaren gedurende het merendeel van de werktijd en een zelfde deel meldt een negatieve invloed van werk op hun gezondheid. Veelvoorkomende psychosociale risicofactoren zijn een onwenselijke arbeidsbelasting zoals monotoon of te complex werk en te intensief werk. Vooral werkstress hangt samen met slechtere uitkomsten voor gezondheid en welbevinden; een goede werk-privé balans en sociale steun hebben daarentegen vaak een gunstige invloed. [EU-OSHA 2014]

De incidentie van psychosociale risicofactoren neemt sinds 2005 af; minder mensen melden het werken van lange dagen of een gebrek aan sociale steun. Daarentegen werkt nog een vijfde op onregelmatige tijden of meer dan 8 uren per dag. Onder invloed van de economische crisis neemt de onzekerheid over voortzetting van het arbeidscontract toe. Ook de recente toename van werkdruk in sommige landen en geweld op de werkplek wordt toegeschreven aan de economische crisis.

In arbeids- en organisatiepsychologie zijn veel verschillende theorieën en modellen in gebruik om psychosociale arbeidsbelasting te beschrijven en te leren begrijpen. Het tot op heden meest gebruikte model om werkstress te definiëren is het Demand-Control model [Karasek 1979], [Karasek & Theorell 1990]. Het model is dynamisch en omgevingsgericht en verklaart werkstress vanuit aanvankelijk twee arbeidsgebonden dimensies (psychosociale risicofactoren) namelijk psychische werkbelasting en regelmogelijkheden.

Psychische werkbelasting is gekoppeld aan psychologische taakeisen en stressoren zoals hoge tijdsdruk, hoog werktempo en moeilijk of geestelijk inspannend werk. Sturingsmogelijkheden kunnen omschreven worden als de controle van een werkende over taken en gedrag, en beschouwd worden als het zelfregulerende vermogen om de aanwezige stressoren te beïnvloeden. De variabelen van het Demand-Control-model kunnen betrouwbaar en valide bepaald worden met de JCD-vragenlijst [de Lange 2001].

Als derde dimensie is aan het model van Karasek en Theorell ‘sociale steun’ toegevoegd. Ook de risicofactor ‘weinig sociale steun’ is onderzocht (en wordt in paragraaf 1.1.2 verder besproken).

Een ander veelgebruikt model is het Effort-Reward Imbalance model (ERI) [Siegrist et al

1986; Siegrist 1996] dat ontwikkeld is vanuit de gedachte dat de werkrol een cruciale verbinding vormt tussen persoonlijke behoeftes en de maatschappelijke structuren. Het ERI-model legt daarom meer nadruk op de beloningsprocessen dan op controlemogelijkheden; het veronderstelt dat werkinspanningen deel uitmaken van sociale contracten waarbij normaliter tegenover de geleverde inspanningen een aantal materiële of immateriële beloningen staat.

Tot slot hanteert een derde veelgebruikte theorie van Kivimäki het concept van *social justice*. Ook binnen deze theorie wordt nadruk gelegd op sociale contracten binnen werkorganisaties en de door de individuele werkende en groep gepercipieerde rechtvaardigheid van procedures, relaties en verdelingen van bijvoorbeeld beloningen of gunsten [Kivimäki 1997].

<b>Niveau 3</b>	Een kwart van de Europese werkenden ervaart stress gedurende de het grootste deel van de werktijd. Een ander kwart ervaart een negatieve invloed van werk op de gezondheid.  <i>C: EU-OSHA 2014</i>
-----------------	---

Eén van de bedenkers van het genoemde DC-model, prof. Töres Theorell, gaf in 2013 leiding aan een groot systematisch literatuuronderzoek naar werkfactoren als oorzaak van depressie en burnout. De Engelstalige publicatie over het systematisch literatuuronderzoek is in 2015 gepubliceerd. De onderzoeksgroep heeft gezocht in de literatuuurbestanden van PubMed, PsychInfo, Embase, Cochrane Library, NIOSHTIC, CRD en Prospero; daarmee zijn uit de periode 1990 t/m mei 2013 resp. 12.492, 3.331, 3.451, 1.040, 249, 137 en 3 publicaties gevonden in peer reviewed tijdschriften in de talen Engels, Deens, Noors en Zweeds. De gevonden publicaties zijn daarna – volgens GRADE methodiek – gewogen op relevantie en niveau van wetenschappelijk bewijs. De auteurs bieden een overzicht van de publicaties die buiten beschouwing gelaten zijn wegens te geringe kwaliteit [N=36] of geen relevantie voor het onderwerp [N=159]. In het rapport worden gescheiden evidencetabellen gepresenteerd voor – de symptomen van – burnout en depressie. De evidencetabel voor depressie geeft de risicomaten van het verband tussen werkgebonden factoren weer uit 59 verschillende etiologische onderzoeken (meestal prospectief cohortonderzoek) van goede [N=19] en redelijk goede [N=40] kwaliteit.

Het grootste deel van de geselecteerde en geanalyseerde publicaties [N=57] beschrijft onderzoek naar psychosociale werkfactoren en slechts twee van de geselecteerde onderzoeken gaan over andere dan psychosociale risicofactoren, namelijk blootstellingen aan toxische stoffen. Eén onderzoek beschrijft zowel blootstelling aan lawaai als aan psychosociale factoren. De opgenomen publicaties beschrijven onderzoeken die waren gericht op diverse arbeidsomstandigheden en werksituaties, uit landen in Europa en Noord-Amerika (11 uit Finland en Denemarken, 8 USA, 7 Canada, 5 Nederland, 5 UK, 4 Zweden, 3 België, 3 Frankrijk en 1 uit Italië, 1 internationaal). Theorell *et al.* stellen dat de bevindingen en conclusies van het rapport – op groepsniveau – van toepassing zijn op werkenden in Zweden.

Theorell *et al.* hebben behalve naar – het te voorspellen risico op – “depressieve symptomen of depressie”, ook gekeken naar het risico om een “voorschrift voor een antidepressivum” te krijgen. Dit betekent dat de auteurs van de review gebruik hebben gemaakt van een zogenaamde proxy, kennelijk gebaseerd op de veronderstelling dat een persoon die een anti-

depressivum voorgeschreven krijgt, lijdt aan een matig ernstige of ernstige depressieve stoornis. Een klein deel van de in het review geselecteerde onderzoeken bekeek alleen dit risico. Omdat uit de analyse niet of nauwelijks significante risicomaten naar voren komen voor het risico “voorschrift voor een antidepressivum”, wordt dit deel van het systematisch literatuuronderzoek verder buiten beschouwing gelaten.

In de data-analyse van Theorell *et al.* zijn zoveel mogelijk risicomaten – meestal odd’s ratio – berekend voor mannen en vrouwen afzonderlijk. De conclusies over genderverschillen worden aan het eind van dit hoofdstuk besproken.

Theorell *et al.* stellen dat de bevindingen en conclusies van het rapport – op groepsniveau – van toepassing zijn op werkenden in Zweden (d.w.z. vanuit de andere Westerse landen gegeneraliseerd kunnen worden naar de Zweedse populatie van werkenden). De projectgroep van deze richtlijn acht op basis van dezelfde argumenten als Theorell *et al.* de bevindingen uit het systematisch literatuuronderzoek ook van toepassing op de Nederlandse populatie en situatie.

Omdat in het systematisch literatuuroverzicht van Theorell *et al.* wetenschappelijke publicaties in het Engels, Zweeds, Deens en Noors tot 1 juni 2013 zijn meegenomen, is een aanvullende zoekactie verricht waaruit één Engelstalige publicatie naar voren kwam [Proeschold-Bell 2013]. Dit patiënt-controle-onderzoek wordt besproken in de paragraaf over de risicofactor “disbalans inspanningen beloning” omdat onderzoeksopzet en analyse wijzen op gebruik van de ERI-theorie (Effort-Reward Imbalance model, zie hierboven).

Tot slot is ook gekeken naar mogelijk relevante literatuurreferenties met betrekking tot primaire preventie in de multidisciplinaire richtlijn Depressie van het Trimbos Instituut (3<sup>de</sup> herziening 2013) [MDR Trimbos], de NHG Standaard Depressie (2<sup>de</sup> herziening) [NHG 2012], de Module Depressie en Arbeid [Nieuwenhuijsen 2005], de registratierichtlijn Depressie van het NCvB [NCvB 2011] en de Handreiking Depressiepreventie voor bedrijfsartsen 1.2 [Loo, 2013].

Hieronder worden de resultaten uit het systematisch literatuuronderzoek van Theorell *et al.* besproken per risicofactor; te beginnen met de psychosociale risicofactoren.

## 1.2. Werkgebonden psychosociale risicofactoren

### Regelmogelijkheden

Met regelmogelijkheden wordt bedoeld de mate waarin iemand invloed kan uitoefenen op de inrichting van zijn taken en de daarbij aanwezige stressoren. Theorell *et al.* selecteerden voor deze werkgebonden factor 19 onderzoeken (7 van hoge en 12 van redelijke kwaliteit). De auteurs concluderen dat het aannemelijk is dat het hebben van voldoende regelmogelijkheden een beschermende factor is bij het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen.

Er is voor deze risicofactor geen belangrijk verschil gevonden tussen mannen en vrouwen.

<b>Matig GRADE</b>	Regelmogelijkheden op het werk vormen een beschermde factor bij het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen. <i>Theorell 2015</i>
--------------------	---

## Psychosociale werkbelasting

Onder psychische werkbelasting wordt verstaan de psychologische taakeisen die voortkomen uit de uitvoering van het eigen werk. Naast psychische werkbelasting (of taakeisen) wordt ook emotionele werkbelasting onderscheiden; deze factor wordt apart besproken. Theorell *et al* selecteerden voor de risicofactor werkbelasting 10 onderzoeken; waarvan 2 van hoge en 8 van redelijke kwaliteit. De auteurs concluderen dat er beperkt wetenschappelijk bewijs is dat een hoog niveau van psychische belasting (d.z.w. hoge psychologische taakeisen) een risicofactor vormt voor het ontwikkelen van depressieve symptomen of een depressie. Er is voor deze risicofactor geen belangrijk verschil gevonden tussen mannen en vrouwen.

<b>Laag GRADE</b>	Psychische belasting is een risicofactor is voor het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen <i>Theorell 2015</i>
-------------------	---

## Emotionele werkbelasting

Onder emotionele werkbelasting of taakeisen wordt die belasting verstaan die voortkomt uit het binnen het werk inzetten van intermenselijk contact met meer of minder indringende ervaringen en gevoelsuitwisseling. Deze belasting speelt bijvoorbeeld een rol in zorg en onderwijs.

Theorell *et al.* vonden voor de risicofactor emotionele werkbelasting slechts twee onderzoeken van redelijke kwaliteit. Deze twee onderzoeken bevatten onvoldoende gegevens om een verband tussen emotionele werkbelasting en (het ontwikkelen van) een depressie of depressieve symptomen vast te kunnen stellen.

<b>Onvoldoende bewijs GRADE</b>	Emotionele belasting is een risicofactor voor het ontwikkelen van een depressieve stoornis. <i>Theorell 2015</i>
---------------------------------	---

## Werkstress

Werkstress is in het theoretisch model van Karasek en Theorell geoperationaliseerd als de – ongunstige – combinatie van (te) hoge taakeisen en weinig regelmogelijkheden. De combinatie van (te) hoge taakeisen en veel regelmogelijkheden wordt aangeduid als ‘actief werk’ en de combinatie van (te) lage taakeisen en weinig regelmogelijkheden als ‘passief werk’ (weinig uitdagend werk). In het ideale werk worden voldoende regelmogelijkheden gekoppeld aan een niet te hoge belasting of taakeisen.

Theorell *et al.* selecteerden voor de risicofactor werkstress (*hoge taakeisen*, samen met de risicofactoren ‘actief werk’ en ‘passief werk’) 14 onderzoeken (zes van hoge en acht van redelijk hoge kwaliteit). Uit al deze onderzoeken gezamenlijk kon de conclusie getrokken worden dat er matig bewijs is dat werkstress een risicofactor is voor het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen, bij zowel mannen als vrouwen.



<b>Matig GRADE</b>	Werkstress is – door een combinatie van hoge werkdruk en (te) weinig regelmogelijkheden – een risicofactor voor het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen.  <i>Theorell 2015</i>
--------------------	---

### Weinig uitdagend werk

Weinig uitdagend werk, in het Demand-Control-model aangeduid als een ‘passieve’ werksituatie, is het tegenovergestelde van een ‘actieve’ werksituatie. In een actieve werksituatie worden aan de werkende weliswaar hoge eisen gesteld, maar kan de werkende dankzij voldoende regelmogelijkheden de eigen kwaliteiten goed benutten en ontwikkelen. In een passieve werksituatie zijn daarentegen zowel weinig regelmogelijkheden als weinig hoge eisen of uitdagingen. Door de geringe regelmogelijkheden kunnen zelfs bij tamelijk geringe taakeisen stressreacties optreden.

Theorell *et al.* selecteerden twee cohortonderzoeken van redelijk goede kwaliteit waarbinnen het verband tussen een ‘passieve’ werksituatie en symptomen van depressie onderzocht werd. Hieruit kon geconcludeerd worden dat er beperkt bewijs is voor een verband tussen een passieve werksituatie (weinig uitdagend werk) en een hogere incidentie van depressie (of depressieve symptomen) – bij zowel mannen als vrouwen.

<b>Laag GRADE</b>	Weinig uitdagend werk is een risicofactor voor het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen.  <i>Theorell 2015</i>
-------------------	--

### Werkdruk

Onder werkdruk wordt verstaan het werken onder hoge tempodruk en deadlines en het probleem dat het werk niet binnen de gestelde tijd kan worden afgerond. Theorell *et al.* selecteerden voor deze werkgebonden factor zes onderzoeken van redelijk hoge kwaliteit. Theorell *et al.* concluderen dat er beperkt bewijs is voor een verband tussen werkdruk en een hogere incidentie van depressie of depressieve symptomen. Er zijn voor werkdruk geen resultaten apart voor mannen en vrouwen gerapporteerd.

<b>Laag GRADE</b>	Werkdruk is een risicofactor voor het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen.  <i>Theorell 2015</i>
-------------------	---

### Disbalans tussen inspanning en beloning

Disbalans ontstaat wanneer naar de beleving van de werkende een grote inspanning en investering is geleverd waartegenover een te geringe – materiële of immateriële – beloning staat. Dit is het centrale begrip uit het Effort-Reward Imbalance model (ERI) van Siegrist.



Theorell *et al.* selecteerden voor de risicofactor disbalans tussen inspanningen en beloning 3 onderzoeken van redelijk hoge kwaliteit. Uit deze onderzoeken kan geconcludeerd worden dat er aanwijzingen zijn voor een verband tussen disbalans tussen inspanning en beloning en het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen. Er is voor “disbalans tussen inspanningen en beloning” geen OR voor mannen en vrouwen apart berekend.

<b>Laag GRADE</b>	Een disbalans tussen de voor het werk geleverde inspanningen en ontvangen beloning is een risicofactor is voor het ontwikkelen van depressie of depressieve symptomen.  <i>Theorell 2015</i>
-------------------	--

## Sociale steun

Met betrekking tot sociale steun op de werkplek werd naast weinig sociale steun in het algemeen, ook weinig steun van de werkgever (of leidinggevende) en van collega's onderzocht. Ook 'slechte werksfeer' en 'gering sociaal kapitaal' vallen onder het begrip weinig sociale steun als risicofactor.

Theorell *et al.* selecteerden voor deze risicofactor 17 onderzoeken over sociale steun plus twee onderzoeken naar werksfeer en sociaal kapitaal (9 van hoge en 12 van redelijke kwaliteit). De auteurs beschrijven in het systematische review een – uit 13 onderzoeken – berekende gepoolde OR (95%-betrouwbaarheidsinterval) van 1,41 (1,32; 1,50).

Er is voor deze risicofactor geen belangrijk verschil gevonden tussen mannen en vrouwen.

- **steun van werkgever**

Theorell *et al.* selecteerden voor de risicofactor weinig sociale steun van de werkgever of leidinggevende acht onderzoeken (2 van hoge en 6 van redelijke kwaliteit). Hieruit kwam beperkt bewijs dat een gebrek aan steun van de werkgever een risicofactor is voor het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen.

- **steun van collega's**

Theorell *et al.* selecteerden voor de risicofactor weinig sociale steun van collega's zes onderzoeken, 3 van hoge en 3 van redelijke kwaliteit. Theorell *et al.* concluderen hieruit dat er ook beperkt bewijs is dat een gebrek aan steun van collega's een risicofactor is voor het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen.

- **slechte werksfeer**

Voor de risicofactor ongunstige werksfeer op de werkplek werden twee studies geselecteerd door Theorell *et al.* De conclusie uit deze studies is dat er beperkt bewijs bestaat dat een slechte werksfeer een risicofactor is voor het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen.

<b>Laag GRADE</b>	Gebrekkige sociale steun op de werkplek, gebrekkige steun van de werkgever en/of gebrekkige steun van collega's, onafhankelijk van elkaar, vormen risicofactoren voor het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen.  <i>Theorell 2015</i>
-------------------	---

<b>Laag GRADE</b>	Een slechte werksfeer is een risicofactor voor het ontwikkelen van depressieve symptomen. <i>Theorell 2015</i>
-------------------	---

### Arbeidsconflicten

Bij deze risicofactor gaat het zowel om conflicten met de werkgever en leidinggevende als met collega's. Verder is een vierde onderzoek toegevoegd naar de invloed van agressie en geweld op de werkplek.

Om de relatie tussen de risicofactoren conflicten, bedreigingen en geweld en depressie-symptomen te evalueren, selecteerden Theorell *et al.* vier onderzoeken (3 van hoge en 1 van redelijke kwaliteit). De gemeenschappelijke conclusie uit deze onderzoeken luidt dat er beperkt bewijs is dat arbeidsconflicten een risicofactor vormen voor het ontwikkelen van depressieve symptomen of een depressie. Er was echter onvoldoende bewijs voor het effect van agressie en geweld als risicofactor voor het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen.

<b>Laag GRADE</b>	Conflicten met leidinggevende of collega's zijn een risicofactor voor het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen. <i>Theorell 2015</i>
-------------------	---

<b>Onvoldoende bewijs GRADE</b>	Agressie en geweld zijn risicofactoren voor het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen. <i>Theorell 2015</i>
---------------------------------	---

### Sociale rechtvaardigheid

Er worden drie vormen van sociale onrechtvaardigheid onderscheiden; de procedurele, relationele en distributieve vorm. Procedurele rechtvaardigheid gaat over de formele besluitvormingsprocessen binnen de organisatie en of deze als rechtvaardig worden ervaren. Relationele rechtvaardigheid gaat onder andere over de houding van de leidinggevenden en of zij onpartijdig en onbevooroordeeld zijn. Distributieve rechtvaardigheid gaat over verdeling van beloningen en gunsten.

Om de relatie tussen de risicofactor sociale rechtvaardigheid en depressiesymptomen te evalueren, selecteerden Theorell *et al.* vijf onderzoeken, allen van redelijke kwaliteit. Zij concluderen dat er aanwijzingen zijn dat beperkte procedurele en relationele rechtvaardigheid, onafhankelijk van elkaar, een risicofactor vormen voor het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen. Voor de risicofactor distributieve onrechtvaardigheid waren te weinig gegevens beschikbaar om een uitspraak te kunnen doen.

<b>Laag GRADE</b>	Een beperkte procedurele en relationele rechtvaardigheid in de organisatie vormt een risicofactor voor het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen. <i>Theorell 2015</i>
-------------------	--

<b>Onvoldoende bewijs GRADE</b>	<p>Beperkte distributieve rechtvaardigheid in de organisatie vormt een risicofactor voor het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen.</p> <p><i>Theorell 2015</i></p>
---------------------------------	--

### Gepest worden

Het gepest worden op de werkplek is als risicofactor onderzocht en samengenomen met sociale uitsluiting.

Om de relatie tussen gepest worden en sociale uitsluiting enerzijds en het ontwikkelen van symptomen van depressie anderzijds te evalueren, selecteerden Theorell *et al.* drie onderzoeken (twee van hoge en één van redelijke kwaliteit). Ze concluderen dat er matig bewijs is, ondanks het kleine aantal studies die de factor onderzochten, dat gepest worden een risicofactor is voor het ontwikkelen van een depressieve stoornis. Er is voor deze risicofactor geen OR gerapporteerd voor mannen en vrouwen apart.

<b>Matig GRADE</b>	<p>Gepest worden op het werk en sociale uitsluiting – op zichzelf staand – zijn risicofactoren voor het ontwikkelen van een depressie of depressieve klachten</p> <p><i>Theorell 2015</i></p>
--------------------	---

### Ontwikkelingsmogelijkheden

De risicofactor ontwikkelingsmogelijkheden omvat de kansen voor ontplooiing van persoonlijke talenten, promotiekansen en het behoud van professionele vaardigheden en status op het werk.

Om de relatie tussen geringe ontwikkelingsmogelijkheden en het ontwikkelen van depressie-symptomen te evalueren, selecteerden Theorell *et al.* vier onderzoeken, twee van hoge en twee van redelijk kwaliteit. Uit deze onderzoeken kan geconcludeerd worden dat er aanwijzingen zijn dat beperkte ontwikkelingsmogelijkheden een risicofactor vormen voor het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen.

<b>Laag GRADE</b>	<p>Beperkte ontwikkelingsmogelijkheden zijn een risicofactor voor het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen.</p> <p><i>Theorell 2015</i></p>
-------------------	---

### Baanonzekerheid

Baanonzekerheid betreft de onzekerheid over het behoud van het eigen werk en voortzetting van het arbeidscontract.

Om de relatie tussen baanonzekerheid en depressiesymptomen te evalueren, selecteerden Theorell *et al.* zeven onderzoeken (4 van hoge en 3 van redelijke kwaliteit). Theorell *et al.* concluderen dat er beperkt bewijs is dat baanonzekerheid een risicofactor is voor het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen.

<b>Laag GRADE</b>	Onzekerheid over de voortzetting van het arbeidscontract is een risicofactor voor het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen. <i>Theorell 2015</i>
-------------------	---

### Lange werkdagen

Lange werkdagen zijn overwerk of structureel werkdagen van meer dan 8 uur. Ook het parttime werken in het kleinste cohort is hierin meegenomen. Om de relatie tussen het werken van lange werkdagen en depressiesymptomen te evalueren, selecteerden Theorell *et al.* drie onderzoeken. Uit deze onderzoeken werd duidelijk dat er beperkt bewijs is dat lange werkdagen *voor vrouwen* een risicofactor zijn voor het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen. Voor mannen bleken onvoldoende gegevens beschikbaar om een uitspraak te kunnen doen over deze risicofactor.

<b>Laag GRADE</b>	<i>Voor vrouwen</i> is het structureel werken van dagen langer dan 8 uur een risicofactor voor het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen. <i>Theorell 2015</i>
-------------------	--

### Onregelmatige werktijden

Onder onregelmatige werktijden vallen onder meer ploegendiensten. Theorell *et al.* vonden voor de risicofactor onregelmatige werktijden slechts twee prospectieve cohortonderzoeken van redelijke kwaliteit. De resultaten uit deze onderzoeken waren onvoldoende om een verband tussen onregelmatige werktijden en het ontwikkelen van een depressie te ondersteunen.

<b>Onvoldoende bewijs GRADE</b>	Onregelmatige werktijden zijn een risicofactor voor het ontwikkelen van een depressieve stoornis. <i>Theorell 2015</i>
---------------------------------	---

### 1.3. Overige werkgebonden risicofactoren

Bij depressieve klachten als gevolg van (vermoedelijke) blootstellingen aan toxische stoffen zoals organische oplosmiddelen en zware metalen doet zich de moeilijkheid voor dat per definitie de klinische diagnose depressieve stoornis volgens DSM-IV of DSM-5 is uitgesloten. Omdat onafhankelijk van de diagnose de klachten een reëel gezondheidsprobleem vormen, worden de beschikbare wetenschappelijke gegevens met betrekking tot alle potentiële risicofactoren in beschouwing genomen.

Het systematisch literatuuronderzoek van Theorell *et al.* onderzocht behalve de invloed van diverse psychosociale factoren, ook de invloed van werkgebonden fysieke, chemische, biologische en fysische factoren op het ontwikkelen van depressieve symptomen.

Theorell *et al.* vonden geen enkel artikel van hoge of redelijke kwaliteit over fysieke belasting en het ontstaan van depressieve klachten. Hetzelfde geldt voor biologische factoren, lawaai en trillingen. Dit betekent dat dit kennislacunes zijn waar meer onderzoek naar verricht zal

moeten worden.

## Chemische factoren

### ▪ bestrijdingsmiddelen

Bij schadelijke bestrijdingsmiddelen gaat het voornamelijk om toxische middelen tegen plaagdieren, insecten, planten of schimmels (pesticiden, insecticiden, herbiciden en fungiciden).

Theorell *et al.* selecteerden voor deze werkgebonden factor, twee onderzoeken die volgens GRADE werden beoordeeld als van redelijke kwaliteit.

Beoordeeld volgens de GRADE-methodiek zijn er te weinig gegevens om een wetenschappelijk gefundeerde uitspraak te doen over blootstelling aan bestrijdingsmiddelen in het verleden als een risicofactor voor het ontwikkelen van depressieve symptomen of een depressie. De mogelijkheid blijft echter bestaan dat deze toxische bestrijdingsmiddelen tot schade leiden van de psychische gezondheid. Gedacht vanuit het voorzorgbeginsel en algemene arbeidshygiënische principes, moeten deze blootstellingen sowieso worden vermeden.

<b>Onvoldoende bewijs GRADE</b>	Er is een oorzakelijk verband tussen blootstellingen in arbeid aan bestrijdingsmiddelen (pesticiden, herbiciden, insecticiden en fungiciden) en het ontstaan van depressieve klachten of depressie. <i>Theorell 2015</i>
---------------------------------	---

<b>Laag GRADE</b>	(Beroepsmatige) blootstellingen aan bestrijdingsmiddelen (pesticiden, herbiciden, insecticiden en fungiciden) kunnen schadelijk zijn voor de (psychische) gezondheid van werkenden. <i>Theorell 2015</i>
-------------------	---

### ▪ organische oplosmiddelen

Het literatuuronderzoek van Theorell *et al.* vond één enkel onderzoek van redelijke kwaliteit over een verband tussen beroepsmatige blootstellingen aan organische oplosmiddelen en het ontstaan van depressieve klachten. Beseler *et al.* rapporteren met betrekking tot het gebruik van oplosmiddelen door Amerikaanse landbouwwerkers en het later optreden van depressie vastgesteld door een arts, een significante OR (95%-betrouwbaarheidsinterval): 1,37 (1,11; 1,69).

In de module Depressie en Arbeid [Nieuwenhuijsen 2005] worden onderzoeken aangehaald die rapporteren over een verminderd neuropsychologisch functioneren en depressieve symptomen bij adolescente lijmsnuivers met vermoedelijk hoge blootstellingen aan organische oplosmiddelen [Jacobs 1997; Reif 2003].

<b>Niveau 1</b>	<p>Er is onvoldoende wetenschappelijk bewijs voor een oorzakelijk verband tussen blootstellingen in arbeid aan organische oplosmiddelen en het ontstaan van depressieve klachten of depressie.</p> <p><i>A1: Theorell 2015,</i>  <i>B: Beseler 2008, Jacobs 1987,</i>  <i>C: Reif 2003</i></p>
-----------------	--

<b>Niveau 2</b>	<p>Het is aannemelijk dat (beroepsmatige) blootstelling aan organische oplosmiddelen schadelijk kan zijn voor de (psychische) gezondheid.</p> <p><i>B: Beseler 2008, Jacobs 1987,</i>  <i>C: Reif 2003</i></p>
-----------------	--

#### ▪ zware metalen

Het literatuuronderzoek van Theorell *et al.* vond één enkel onderzoek van redelijke kwaliteit over een verband tussen beroepsmatige blootstellingen aan zware metalen en het ontstaan van depressieve klachten. Beseler *et al.* rapporteren met betrekking tot blootstelling aan zware metalen waaronder kwik, lood en cadmium, bij Amerikaanse landbouwwerkers en het later optreden van depressie vastgesteld door een arts een significante OR (95%-betrouwbaarheidsinterval): 1,27 (1,04; 1,56).

In de module Depressie en arbeid [Nieuwenhuijsen 2005] wordt een publicatie over het verband tussen blootstellingen aan het zware metaal kwik en het optreden van neuropsychologische stoornissen waaronder ook stemmingsklachten [Langford 1999].

<b>Niveau 4</b>	<p>Expert opinion: (beroepsmatige) blootstelling aan zware metalen zoals kwik is schadelijk voor de (psychische) gezondheid.</p> <p><i>B: Beseler,</i>  <i>D: Langford 1999</i></p>
-----------------	---

## Fysische factoren

#### ▪ lawaai

Het literatuuronderzoek van Theorell *et al.* selecteerde één enkel onderzoek van redelijke hoge kwaliteit over het verband tussen beroepsmatige blootstelling aan lawaai en het ontstaan van depressieve klachten. In dit onderzoek werd een relatief risico (RR) (met 95%-betrouwbaarheidsinterval) gevonden van 1,14 (0,86; 1,52) om een antidepressivum voorgeschreven te krijgen bij de werkers die bloot waren gesteld aan excessief lawaai. Aangetekend kan worden dat het voorgeschreven krijgen van een antidepressivum een zogenaamde proxy is voor een depressieve stoornis. Antidepressiva worden daarenboven ook voorgeschreven voor andere aandoeningen zoals angststoornissen of tinnitus. Het betreft slechts één onderzoek met een niet significante risicomaat.

<b>Onvoldoende bewijs GRADE</b>	<p>Er is een oorzakelijk verband tussen blootstellingen aan lawaai op het werk en het ontstaan van depressieve klachten of depressie.</p> <p><i>Theorell 2015</i></p>
---------------------------------	---

- **daglichtdeprivatie**

Het literatuuronderzoek van Theorell *et al* zocht niet naar effecten van seizoensgebonden daglichtdeprivatie, waarvan vermoed wordt dat deze een rol kan spelen bij het ontstaan van een zogenaamde winterdepressie. Te weinig daglicht lijkt gezien de effectiviteit van de lichttherapie een plausibele verklaring voor winterdepressie maar dit is niet onomstreden; de symptomen van de winterdepressie zijn bovendien aspecifiek: namelijk toegenomen slaapbehoefte, toegenomen behoefte aan suikers en daarmee gewichtstoename, prikkelbaar zijn, gevoeliger zijn voor afwijzing en een zwaar gevoel in armen en benen [Tam 1997].

De diagnose winterdepressie kan worden gesteld wanneer de symptomen in de herfst beginnen en in het voorjaar weer verdwijnen en de depressie minimaal twee winters aanwezig was. De in epidemiologisch onderzoek gerapporteerde lifetime-prevalentie van winterdepressie varieert van 0 tot 10%, afhankelijk van de onderzochte populatie en diagnostische techniek [Magnusson 2000].

<b>Niveau 3</b>	Er zijn vermoedens van een oorzakelijk verband tussen onvoldoende blootstelling aan (dag)licht en het ontstaan van een winterdepressie. <i>C: Tam 1997</i>
-----------------	---

## 1.4. Risicogroepen

### Gender

De NHG-Standaard Depressie (2012) vermeldt op basis van gegevens van vijf grote registratiesystemen in huisartspraktijken uit 2007 voor depressie een 1-jaars-prevalentie van 15/1000 onder mannen en 31/1000 onder vrouwen, en een incidentie onder mannen van 5/1000 per jaar en onder vrouwen 8/1000 per jaar. De prevalentie van depressieve klachten (depressief gevoel) óf depressie is 22/1000 onder mannen en 45/1000 onder vrouwen per jaar.

Volgens het meeste epidemiologisch onderzoek zijn vrouwen ongeveer twee keer zo gevoelig voor het ontwikkelen van (werkgebonden) depressieve symptomen als mannen.

In het systematisch literatuuronderzoek van Theorell *et al.* werden geen grote verschillen gevonden tussen mannen en vrouwen voor de onderzochte werkgebonden psychosociale risicofactoren. Dit mogelijk met uitzondering van de risicofactor structureel meer dan 8 uren per werkdag werken; voor deze factor waren onvoldoende gegevens beschikbaar met betrekking tot mannen.

De projectgroep veronderstelt dat met betrekking tot de werkgebonden niet-psychosociale risicofactoren er wel belangrijke verschillen tussen mannen en vrouwen bestaan in de uitwerking van diverse risicofactoren. Bij fysieke, chemische, biologische en fysieke risico's in het werk spelen zeer waarschijnlijk sekse- en genderspecifieke verschillen in anatomie, fysiologie en maatschappelijke positie een rol waardoor risicodifferentiatie ontstaat tussen mannen en vrouwen. Daarnaast zijn in bepaalde 'gender typische' beroepen grote verschillen in blootstellingsniveau te verwachten.



<b>Niveau 1</b>	<p>Depressieve klachten en depressie komen circa twee keer meer voor onder vrouwen dan onder mannen.</p> <p><i>A1: NHG Standaard Depressie</i> <i>B: de Graaf 2010</i></p>
-----------------	--

<b>Hoog GRADE</b>	<p>Mannen en vrouwen zijn in grote lijnen in gelijke mate gevoelig voor de bekende psychosociale risicofactoren.</p> <p><i>Theorell 2015</i></p>
-------------------	--

<b>Niveau 4</b>	<p>Voor fysieke, chemische, biologische en fysieke risicofactoren zijn sekse- en genderverschillen mogelijk in samenhang met anatomische, fysiologische en sociologische verschillen tussen mannen en vrouwen.</p> <p><i>D: Mening projectgroep</i></p>
-----------------	---

### Zwangeren en vrouwen in postpartumperiode

De NHG -Standaard Depressie (2012) leert - in noot 5 en 11 - dat postpartum stemmingsproblemen kunnen optreden variërend van veelvoorkomende depressieve klachten ('postpartumblues') tot een postpartumdepressie. Bij 10 tot 15% van de vrouwen ontstaat postpartum een depressie. Een depressie kan gevolgen hebben voor de hechting en de interactie met het kind. Het risico is hoger bij vrouwen met een depressie in de voorgeschiedenis (25 tot 30%) en depressieve klachten gedurende de zwangerschap; bij een eerder doorgemaakte postpartum-depressie is de kans op herhaling naar schatting 50%. Factoren die het risico ook kunnen verhogen zijn: ontevredenheid over het huwelijk/relatie, inadequate sociale steun en stressvolle life-events gedurende de zwangerschap. In het kader van de uitvoering van de Ziektewet moeten verzekeringsartsen bij UWV beoordelen of een vastgesteld postpartum depressie een rechtstreeks gevolg is van zwangerschap of bevalling (artikel 29b).

De discussie spitst zich hierbij toe op het antwoord op de vraag of er een organisch substraat is – bijv. hormonale veranderingen – dat het ontstaan van de depressie verklaart. Argument tegen deze verklaring is dat het beeld over het algemeen genomen overeenkomt met depressies in andere levensfasen. Daarnaast spelen relatief vaak ambivalente en negatieve gevoelens voor het kind mee, of angsten of bezorgdheid niet voor het kind te kunnen zorgen, obsessieve gedachten het kind schade te berokkenen of suïcidale gedachten. Daarnaast kunnen ook mannen een depressie ontwikkelen rond de geboorte van hun kind (ongeveer 10% [Paulson 2010], dit lijkt vergelijkbaar, gelet op genderverschillen in prevalentie en incidentie).

Een relatief argument vóór een – niet per se biologisch causaal - verband is de bevinding uit een Nederlands cohortonderzoek [Okkes 2008] waarbij in een groep van 1.065 vrouwen in het jaar na een al dan niet gecompliceerde bevalling, bij 19 van hen een nieuwe episode met depressie gediagnosticeerd werd (1,8%; dus 2,3% meer dan onder niet-bevallende vrouwen).

Het uiteindelijke professioneel oordeel of er sprake is van ziekte en arbeidsongeschiktheid voor het eigen werk, als gevolg van zwangerschap of bevalling (art. 29b Ziektewet) blijft aan de verzekeringsarts. Hiertoe staat hem/haar de leidraad Arbeidsongeschiktheid ten gevolge



van zwangerschap of bevalling van UWV ter beschikking.

<b>Niveau 1</b>	Postpartum komt een depressie vaker voor. <i>A1: NHG Standaard Depressie,</i> <i>C: Okkes 2008,</i>
-----------------	---

## 1.5. (Chronische) aandoeningen als risicofactor

### Psychiatrische aandoeningen

De NHG-Standaard Depressie (2012) noemt als risicofactoren voor het ontwikkelen van depressieve klachten of een depressie de volgende psychiatrische aandoeningen:

- *angststoornissen*  
Als iemand een angststoornis heeft, is de kans op het ontwikkelen van een depressie in het komende jaar sterk vergroot (7 tot 62 keer). De combinatie van een angststoornis en een depressie is geassocieerd met ernstiger klachten, meer chroniciteit, langzamer herstel, toegenomen risico op recidief, meer psychosociale beperkingen en slechtere kwaliteit van leven. Ook zal het vaker tot een psychiatrische opname of een suïcidepoging leiden.
- *alcohol- of drugsproblemen*
- *persoonlijkheidsstoornissen.*

### (Chronische) lichamelijke aandoeningen

De volgende lichamelijke aandoeningen vormen een risicofactor voor het ontwikkelen van depressieve klachten of een depressie:

- *CVA*
- *myocardinfarct*
- *perifeer vaatlijden*
- *diabetes mellitus*
- *dementie*
- *hypothyreoïdie*
- *ziekte van Parkinson*
- *COPD*
- *kanker*
- *obesitas.*

Over diabetes en ischemische hartziekten in relatie tot depressie is ook informatie te vinden in:

- de richtlijnmodule Diabetes en Werk (NVAB, 2011)
- de Richtlijn Ischemische hartziekten (NVAB, 2006)
- het Verzekeringsgeneeskundig protocol Beroerte (Gezondheidsraad, 2005)
- het Verzekeringsgeneeskundig protocol COPD en Hartfalen (Gezondheidsraad, 2008)
- het Verzekeringsgeneeskundig protocol Darmkanker en Diabetes mellitus (NVVG, 2009)
- het Verzekeringsgeneeskundig protocol Hartinfarct (Gezondheidsraad 2008)
- Multidisciplinaire richtlijn Niet-Aangeboren Hersenletsel en arbeidsparticipatie (Coronel

Instituut voor Arbeid en Gezondheid, 2012).

- **diabetes**

Bij diabetes type 2 is het risico op depressie met ongeveer een factor twee verhoogd en dit leidt tot een hoger arbeidsverzuim dan bij mensen zonder depressie. Wanneer er sprake is van diabetische neuropathie is het risico zelfs met een factor 5 verhoogd. Ondanks de duidelijke wisselwerking tussen beide aandoeningen is een depressie een door zorgverleners veel gemiste diagnose (multidisciplinaire richtlijnmodule Diabetes en Arbeid, 2011; richtlijn Signalering en monitoring van depressieve klachten bij mensen met diabetes, NDF, VUmc en Trimbos, 2013).

- **ischemische hartziekten**

Depressie is een veelvoorkomend probleem bij ischemische hartziekten en wordt vaak niet onderkend. Het is een belangrijke factor voor hogere mortaliteit en een mislukte re-integratie (NVAB-Richtlijn Ischemische hartziekten, 2006). Na een myocardinfarct keren de werknemers met een depressie minder vaak binnen een jaar terug in werk; OR 3,48 (95%BI 1,45 – 8,37). [de Jonge 2014].

De NHG-Standaard Depressie (2012) adviseert om bij personen met chronische somatische aandoeningen extra alert te zijn op het bestaan van een depressie.

## **1.6. Risicofactoren in registratierichtlijnen Nederlands Centrum voor Beroepsziekten**

Het melden van beroepsziekten is een wettelijke verplichting en behoort tot professionele taken van de bedrijfsarts. Het doel is naast het in beeld brengen van nieuwe beroepsziekten, het bevorderen van de kwaliteit van preventie, (vroeg)diagnostiek, behandeling en begeleiding van werkgebonden aandoeningen.

Een beroepsziekte is een ziekte of aandoening als gevolg van een belasting die in overwegende mate in arbeid of arbeidsomstandigheden heeft plaatsgevonden. Van een beroepsziekte is dus sprake wanneer de werkfactor – alleen of in combinatie met één of meer andere werkfactoren – in overwegende mate het ontstaan van de aandoening of ziekte verklaart. In overwegende mate betekent dat 50% of meer terug te voeren is op oorzaken in het werk; voor een enkele factor én op groepsniveau correspondeert dit met een risicomatwaarde (odds ratio, relatief risico of hazard ratio) van 2,0 of hoger.

In de registratierichtlijnen van het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten wordt als criterium genoemd voor een risicofactor die alléén en in het geval van een individuele werkende aannemelijk én in overwegende mate een aandoening heeft doen ontstaan: een risicomatwaarde waarvan de ondergrens van het 95%-betrouwbaarheidsinterval groter of gelijk is aan 2,0. Dit criterium weerspiegelt min of meer een attributief risico van 50% of meer (NCvB).

Voor vier (psychosociale) werkfactoren is het *aannemelijk* dat er een duidelijk en oorzakelijk verband is tussen de factor en het optreden van depressieve symptomen of zelfs depressie:

- De werkfactor regelmogelijkheden heeft een beschermend effect. De bovengrens van de gepoolde OR is echter niet 0,5 of kleiner. Van slechts het ontbreken van regelmogelijkheden is het daarom volgens het criterium van het NCvB niet aannemelijk dat deze risicofactor op zichzelf het ontstaan van een beroepsziekte veroorzaakt; wel is het aannemelijk dat het in meer of mindere mate ontbreken van regelmogelijkheden bijdraagt aan het ontstaan van een depressie bij een werkende.

- De factor werkstress, die is gedefinieerd als een combinatie van weinig regelmogelijkheden en een (te) hoge psychische werkbelasting, is aannemelijk een oorzaak van depressieve symptomen of depressie. Echter, de ondergrens van het 95%-betrouwbaarheidsinterval van de gepoolde OR komt niet boven de 2,0; het is dus wel aannemelijk dat werkstress bijdraagt aan het ontstaan van een depressie bij een werkende maar niet als enige werkgerelateerde risicofactor.
- Ook het hebben van niet-passend werk hangt samen met het ontwikkelen van een depressie. Met een OR >2, uitgaande van de ondergrens van het betrouwbaarheidsinterval, is het volgens het NCvB aannemelijk dat deze factor een voldoende onafhankelijke bijdrage aan het ontstaan van de aandoening levert om te spreken van een beroepsgebonden depressie.
- Tenslotte is gepest worden inclusief sociale uitsluiting een psychosociale risicofactor waarvan het volgens het criterium van het NCvB wel aannemelijk is dat deze op zich (!) een depressieve stoornis als beroepsziekte kan doen ontstaan. De gepoolde OR uit 3 onderzoeken is 2,83 met een 95%-betrouwbaarheidsinterval van 2,21 tot 3,59. Ook het betrouwbaarheidsinterval van de risicofactor conflicten met collega's met een gepoolde OR van 2,35 (2,20; 2,96) duidt op de schadelijkheid van sociale uitsluiting.

Voor een reeks andere psychosociale werkfactoren zijn er – volgens het criterium van het NCvB (significante risicomaat) *aanwijzingen* dat zij – alleen of in combinatie – kunnen bijdragen aan het ontstaan van depressieve klachten. Deze factoren zijn: een (te) hoge psychische werkbelasting, (te) weinig uitdagend werk, (te) hoge werkdruk, disbalans in geleverde inspanning en beloning of waardering, geringe steun van leidinggevende of collega's, arbeidsconflict met leidinggevende, ervaren sociale onrechtvaardigheid (procedureel of relationeel), beperkte persoonlijke ontwikkelingsmogelijkheden en baanonzekerheid.

De psychosociale werkfactoren waarvoor vooralsnog onvoldoende bewijs is dat zij kunnen bijdragen aan het ontstaan van depressieve klachten zijn: emotionele en fysieke werkbelasting, distributieve sociale onrechtvaardigheid, bedreigingen en geweld op de werkplek, onregelmatige werktijden, en lange werkdagen bij mannen.

Met betrekking tot niet-psychosociale werkfactoren is het volgens het criterium van het NCvB aannemelijk dat blootstelling aan bestrijdingsmiddelen (pesticiden en herbiciden), organische oplosmiddelen en zware metalen schadelijk kunnen zijn voor de (psychische) gezondheid en een bijdrage leveren aan het ontstaan van beroepsgebonden depressie.

Het uiteindelijke professioneel oordeel of er sprake is van een beroepsgebonden aandoening of beroepsziekte – op basis van een of meer werkgebonden risicofactoren – blijft aan de arts.

## 1.7. Overige overwegingen

Signaleren van depressieve klachten en depressie bij werkenden en de daarbij passende werkgebonden risicofactoren is het startpunt van preventieve interventies; individueel en op groepsniveau.

Screening onder werkenden zonder klachten wordt niet aanbevolen.

Case-finding onder werkenden die zich melden bij de bedrijfsarts in het kader van verzuimbegeleiding of open arbeidsgezondheidskundig spreekuur wordt wel aanbevolen.

## 1.8. Aanbevelingen

- Om het risico op het ontwikkelen van depressieve symptomen of depressie te verkleinen adviseert de projectgroep preventief beleid voor en aanpak van:
  - regelmogelijkheden (vormen een beschermende factor voor het ontwikkelen van een depressie)
  - werkstress (door combinatie van (te) hoge psychische belasting en weinig regelmogelijkheden)
  - pesten en sociale uitsluiting op het werk
  - niet-passend werk.

De bedrijfsarts en de verzekeringsarts richten zich bij depressiepreventie op de aanpak van deze factoren. Zij maken bij de advisering en ondersteuning gebruik van een participatieve aanpak omdat er aanwijzingen zijn dat deze aanpak effectief is om blootstelling aan fysieke en psychosociale risicofactoren te verminderen en functioneren (werkprestatie) te verbeteren.

*Bij deze aanpak hebben de werkende en de organisatie een grote stem in het bepalen van de knelpunten en oplossingen, en ook bij het opstellen van en uitvoeren van het plan van aanpak. De bedrijfsarts heeft de rol van procesbegeleider (Multidisciplinaire richtlijn Werkdruk, NVAB e.a. 2014; Leidraad Participatieve Aanpak op de Werkplek, Schaafsma et al. 2016).*

- De bedrijfsarts en de verzekeringsarts beoordelen of er sprake is van de volgende (psychosociale en andere) risicofactoren, omdat zij kunnen bijdragen aan het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen:
  - tegengaan van te hoge psychische werkbelasting
  - uitbannen van te weinig uitdagend werk
  - tegengaan van een te hoge werkdruk
  - bieden van voldoende sociale steun door werkgever en collega's
  - voorkómen of beheersen van arbeidsconflicten - met leidinggevende of collega's
  - voorkómen van onbalans tussen geleverde inspanning en ontvangen waardering
  - bieden van voldoende persoonlijke ontwikkelings- en ontplooiingsmogelijkheden
  - bevorderen van sociale rechtvaardigheid in de werkorganisatie
  - voorkómen van baanonzekerheid en werkeloosheid.
- Voor blootstelling aan stoffen die mogelijk de gezondheid bedreigen zijn algemene arbeidshygiënische principes van toepassing.
- De bedrijfsarts en verzekeringsarts zijn zich bewust van de grotere kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van depressieve klachten of depressie bij:
  - vrouwen
  - zwangeren en vrouwen in de postpartumperiode
  - mensen met een psychiatrische aandoening, met name angststoornissen
  - mensen met een (chronische) lichamelijke aandoening.
- Bij een werkende met de diagnose depressie weegt de bedrijfsarts – en de verzekeringsarts bij verzuimbegeleiding – of er sprake is van een beroepsziekte. Wanneer een beroepsziekte wordt vastgesteld, moet dit – volgens wettelijk voorschrift – gemeld worden bij het NCvB.

Tabel 1. Samenvattingstabel risicofactoren voor het ontstaan van depressie

Factor	Relatie met ontwikkelen depressie of depressieve symptomen
<b>Psychosociale risicofactoren</b>	
Voldoende regelmogelijkheden	++
Psychische werkbelasting	-
Emotionele werkbelasting	0
Werkstress	--
Weinig uitdagend werk	-
Werkdruk	-
Disbalans tussen inspanning en beloning	-
Gebrekkige sociale steun in het algemeen	-
Gebrekkige sociale steun van werkgever	-
Gebrekkige sociale steun van collega's	-
Slechte werksfeer	-
Gering sociaal kapitaal	-
Arbeidsconflicten	-
Agressie en geweld op de werkvloer	0
Ervaren beperkte sociale rechtvaardigheid	-
Gepest worden/sociale uitsluiting	--
Geringe ontwikkelingsmogelijkheden	-
Baanonzekerheid	-
Lange werkdagen	-
Onregelmatige werktijden	0 (bij vrouwen; voor mannen niet onderzocht)
<b>Overige werkgebonden risicofactoren</b>	
Fysieke arbeidsbelasting	0
Biologische factoren	0
<i>Chemische factoren:</i>	
Bestrijdingsmiddelen	0
Organische oplosmiddelen	0
Zware metalen	+/-
<i>Fysische factoren:</i>	
Lawaai	0
Trillingen	0
Daglichtdeprivatie	+/-

Legenda

+ betekent een beschermende factor voor het ontstaan van werkgebonden depressie

- betekent een negatieve/oorzakelijke factor voor het ontstaan van werkgebonden depressie

Hoog of niveau 1 bewijs: +++ of ---, matig of niveau 2 bewijs: ++ of --, laag of niveau 3 bewijs: + of -, zeer laag of niveau 4 bewijs: +/-, onvoldoende/geen significant bewijs: 0.

## Referenties

Achtergronddocument bij registratierichtlijn E002 – Overspanning, NCvB 2011

Beseler CL, Stallones L, Hoppin JA, Alavanja MC, Blair A, Keefe T, Kamel F. Depression and pesticide exposures among private pesticide applicators enrolled in the Agricultural Health Study. *Environ Health Perspect.* 2008 Dec;116(12):1713-9. doi: 10.1289/ehp.11091. Epub 2008 Sep 9.

Eurofound and EU-OSHA (2014), Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention. Publication office of the European Union, Luxembourg.

Gezondheidsraad. Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Den Haag: Gezondheidsraad, 2005; publicatie nr 2005/10.

Graaf de R, Have ten M, Gool van C, Dorsselaer van S. Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009; resultaten van NEMESIS-2. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2012;54, 27-38.

Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly* 1979;24:285-308.

Karasek RA & Theorell T. Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life. 1990 New York: Basic Books.

Kivimäki M, Vathera J, Thomson L, Griffith A, Cox T, Pentti J. Psychosocial factors predicting employee sickness absence during economic decline. *Journal of Applied Psychology* 1997;82:858-72.

de Lange A, Kompier MAJ, de Jonge J, Taris TW, Houtman ILD. Hoogwaardig longitudinaal vragenlijstonderzoek en het Demand-Control-(Support) Model. *Gedrag en Organisatie*, 2001;14:254-72.

Langford N., Ferner R. Toxicity of mercury. *J Hum Hypertens* 1999;13:651-6.

Leidraad Participatieve Aanpak op de Werkplek, Schaafsma e.a. (verschijnt in 2016).

Loo MAJM, Bastiaanssen MHH, Nauta N, Depressiepreventie voor bedrijfsartsen 1.2, NVAB, 2013.

Magnusson Hanson LL, Theorell T, Bech P, Rugulies R, Burr H, Hyde M, et al. Psychosocial working conditions and depressive symptoms among Swedish employees. *Int Arch Occup Environ Health* 2009;82:951-60.

Multidisciplinaire richtlijn Depressie (3<sup>de</sup> herziening), Trimbos Instituut, 2013.

Multidisciplinaire richtlijn Signalering en monitoring van depressieve klachten bij mensen met diabetes, NDF, 2013.

Multidisciplinaire richtlijn Werkdruk, NVAB e.a., 2014.

Nieuwenhuijsen K, Module Depressie en Arbeid, NVAB, 2005.

Okkes I, Oskam S, Van Boven K, Lamberts H. Episodes of care in Dutch Family Practice. Epidemiological data based on the routine use of the International Classification of Primary Care (ICPC) in the Transition Project of the Academic Medical Center/University of Amsterdam (1985-2003). Aangevuld met gegevens tot 2008. ICPC in the Amsterdam Transition Project. CD-Rom. Amsterdam: Academic Medical Center/University of Amsterdam, Department of Family Medicine, 2008.

Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA* 2010;303:1961-9.

Richtlijnmodule Diabetes en werk, NVAB, 2011.

Richtlijn Ischemische hartziekten, NVAB, 2007.

Siegrist J. Adverse health effects of high effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology* 1996;1:27-41.

Tam EM, Lam RW, Robertson HA, Stewart JN, Yatham LN, Zis AP. Atypical depressive symptoms in seasonal and non-seasonal mood disorders. *J Affect Disord* 1997;44:39-44.

Theorell T, Hammarström A, Aronsson G, Träskman Bendz L, Grape T, Hogstedt C, Marteinsdottir I, Skoog I, Hall C. A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health*. 2015 Aug 1;15:738. doi: 10.1186/s12889-015-1954-4.

Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, Licht-Strunk E, Van Marwijk HWJ, Van Rijswijk HCAM, Tjaden BR, Verduijn M, Wiersma Tj, Burgers JS, Van Avendonk MJP, Van der Weele GM. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). *Huisarts Wet* 2012;55(6):252-9.

Verzekeringsgeneeskundig protocol Beroerte (Gezondheidsraad, 2005).

Verzekeringsgeneeskundig protocol COPD en Hartfalen (Gezondheidsraad, 2008).

Verzekeringsgeneeskundig protocol Darmkanker en Diabetes mellitus (NIVG, 2009).

Verzekeringsgeneeskundig protocol Hartinfarct (Gezondheidsraad 2008).

Multidisciplinaire richtlijn Niet-Aangeboren Hersenletsel en arbeidsparticipatie (Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, 2012).



# 1. Preventie (vervolg)

## B. Preventie van gevolgen van depressie

(verergeren van depressie, ontstaan van verzuim en instroom in arbeidsongeschiktheidsregelingen).

### Uitgangsvraag

- Welke belemmeringen ervaren (potentieel) werkenden met een depressieve stoornis? Welke mogelijkheden en oplossingen zien zij?

### Zoekstrategie

Voor het beantwoorden van deze uitgangsvraag werd als eerste de multidisciplinaire richtlijn Depressie van het Trimbos Instituut (2013) bestudeerd op het patiëntenperspectief. Daarna werd de literatuur geraadpleegd via Medline Database (PubMed). Hiervoor werden de volgende zoektermen gebruikt: ("Return to work" AND qualitative AND mental). ("Qualitative Research"[Mesh] AND "Focus Groups"[Mesh]) AND "Depressive Disorder"[Mesh]. (("Depression"[Mesh] AND "Qualitative Research"[Mesh]) AND "Patient Acuity"[Mesh]) AND "Return to Work"[Mesh]). Dat leverde in totaal 64 artikelen op waarvan er vier relevant waren voor de uitgangsvraag. De informatie afkomstig uit deze vier artikelen wordt hieronder besproken. Daarnaast werden twee patiëntgeoriënteerde websites geraadpleegd: Mensen met Mogelijkheden en Samen Sterk Zonder Stigma.

### 1.9 Perspectief van de patiënt

Psychische klachten grijpen vaak sterk in het dagelijks leven en kunnen het zelfvertrouwen van patiënten met een depressie sterk ondermijnen. Door onbegrip en door eigen of anderen schaamte over de klachten, zullen patiënten zich vaak niet uiten over hun klachten, in het bijzonder niet over hun suïcidale gedachten. De herkenning van depressieve klachten door hulpverleners is in de ogen van patiënten vaak een probleem. Hulpverleners hebben soms moeite met het duiden van de klachten, vooral als patiënten deze niet volgens de boekjes presenteren of zelf hun problemen niet als zodanig interpreteren. Voor patiënten is het belangrijk dat hulpverleners doorvragen naar depressieve klachten en hun gevolgen en dat zij initiatief nemen om iets aan de klachten te (laten) doen (Multidisciplinaire Richtlijn Depressie, 2013).

### 1.10 Ervaren belemmeringen

In een onderzoek van Kamenov et al (2014) maakten de onderzoekers een vergelijking van de psychosociale problemen die via een systematische review gevonden werden in de literatuur met de psychosociale problemen zoals die door patiënten met een depressie zelf werden ervaren. De ervaringen van patiënten werden onder andere verzameld door een groep van 80 patiënten met een depressie individueel een interview af te nemen. De belangrijkste vraag in het interview was: wat zijn de vijf meest invaliderende psychosociale problemen die zij ervoeren als gevolg van hun depressie? De 80 patiënten met een depressie die werden geïnterviewd was een heterogene groep. Werkstatus: 30% werkloos,



23% werkt, 16% in categorie kort verzuim, 5% langdurig verzuim (afgekeurd), 11 procent gepensioneerd.

De 80 interviews leverden een lijst op met ervaren psychosociale problemen in het functioneren door patiënten met een depressie. De psychosociale problemen zijn beschreven in ICF-termen. De door patiënten met depressie ervaren psychosociale problemen in het functioneren in volgorde van de meest genoemde (ICF-terminologie):

- 1 Emotioneel functioneren
- 2 Energie en zin
- 3 Relaties met anderen
- 4 Cognitief functioneren
- 5 Dagelijkse routine handelingen uitvoeren
- 6 Zelfwaardering
- 7 Pijn
- 8 Werk
- 9 Deelnemen aan sociale activiteiten
- 10 Slapen
- 11 Gewicht
- 12 Mobiliteit
- 13 Huishoudelijke activiteiten.

Problemen in emotioneel functioneren worden hier beschreven als het hebben van een sombere stemming, problemen met het reguleren van de stemming, ervaren gevoelens van “distress” en eenzaamheid. Bij problemen in cognitief functioneren worden hier genoemd de beperkingen in aandacht en geheugen. De conclusie van de onderzoekers is dat over vrijwel alle van de door patiënten ervaren psychosociale problemen geschreven is in de literatuur. De schrijvers doen de aanbeveling dat behandelaars zich niet alleen moeten richten op de behandeling van de symptomen van depressie maar hun aandacht ook zouden moeten richten op de door patiënten ervaren psychosociale problemen.

<b>Niveau 4</b>	<p>De door patiënten met een depressie ervaren psychosociale problemen in hun functioneren komen grotendeels overeen met wat er in de literatuur over bekend is.</p> <p>Behandelaars van patiënten met een depressie zouden zich niet alleen moeten richten op reductie van de symptomen maar ook op de ervaren psychosociale problemen van deze patiënten.</p> <p><i>C Kavenov 2014</i></p>
-----------------	--

In een kwalitatief onderzoek vond een gestructureerd interview plaats met 19 werkenden met een depressie over belemmeringen in en terugkeer naar werk [Milward et al.2005]. Hierbij kwamen vijf thema's naar voren:

1. *Ziekte-identiteit*

De focus in het leven van de patiënt ligt bij de ziekte die chronisch is, en de professionals zijn er om de patiënt beter te maken. Werk is geen optie, de patiënt is niet in staat om plannen te maken voorbij de ziekte. Er is geen toekomstperspectief. De ziekerol wordt als demoraliserend ervaren.

2. *Bevestiging van de ziekte-identiteit*

De medische diagnose en het ziekteverzuim op zich versterken de ziekte-identiteit. De omgeving speelt hierin een bevestigende rol. Zowel binnen de familie als op de plaatsen waar deze patiënten komen, zoals wachtkamers van zorginstellingen en de hulpverleners zelf. Ze hebben het idee dat iedereen problemen heeft. Ze omringen zich met mensen die dezelfde problemen hebben, en ze worden bevestigd in hun visie dat werk voor hen te veel gevraagd is. Ze voelen zich schuldig als ze meedoen aan activiteiten die eigenlijk niet bij hun ziekerol passen. Ze gedragen zich zoals past bij hun ziekerol. Soms nemen ze liever een andere rol aan zoals die van moeder of vader, omdat dat afleidt van hun ziekerol en ze het gevoel geeft nodig te zijn.

3. *Normaal leven*

Ze voelen zich afgesneden van het normale leven. Ze zouden graag doen wat ze oorspronkelijk gedaan zouden hebben. Ze ervaren dit als een verlies. Ze hebben wel een idee over wat ze missen in hun leven als zieke. Hierin ligt hun motivatie voor herstel.

4. *Anders zijn*

Patiënten vergelijken zichzelf met wat ze nu kunnen en wat ze in het verleden konden. Ze vergelijken zich ook met wat anderen kunnen, en vinden zichzelf dan minder. Zelfs diegenen die herstellend zijn, vinden zichzelf minder dan normale mensen. Ze ervaren dat ze niet zo goed tegen stress en werkdruk kunnen als anderen. Ze beschouwen zichzelf als minderwaardig. Het zelfbeeld is negatief.

5. *Legitimatie voor niet werken identiteit*

Patiënten gaven aan dat het niet is dat ze niet willen werken, maar dat ze het niet kunnen vanwege hun ziekte. Sommigen rechtvaardigen deze visie op basis van mislukte werkhervattingen. "Zie je wel, het was teveel voor mij." Ervaren mislukkingen in bepaalde taken bevestigen hen in hun visie dat ze niet kunnen werken.

## 1.11 Hoe beleeft de patiënt met een depressie problemen op het werk?

In een ander kwalitatief onderzoek bij werknemers met een depressie werden drie thema's onderscheiden [Sallis et al. 2013]:

1. *Belemmeringen en oplossingen in relatie tot werk*

De balans tussen de energie die in werk gestoken is en de voldoening die er uit gehaald wordt is verstoord. "Al mijn werk van het laatste jaar is voor niets geweest, ik heb er niets mee bereikt."

Soms gaan er incidenten aan een ziekmelding vooraf. Of een periode met zowel problemen op het werk als in de privésituatie. Het werd voor deze werknemers pas achteraf duidelijk, toen ze al weer herstellende waren, dat die periode verband hield met de depressie. Ze hadden aanvankelijk helemaal niet door dat ze op dat moment al depressief waren. Dat inzicht kwam later pas. Sommige werknemers hadden moeite met het accepteren van de depressie als verklaring voor hun problemen met functioneren.

2. *Ziektegedrag*

Het kan ook voorkomen dat werknemers zich blijven identificeren met hun rol op het werk. Vaak zijn het lichamelijke klachten, die hen bij een dokter brengen. "Pas toen de dokter het over depressie had, begreep ik dat die ziekte dit allemaal bij mij kon veroorzaken." "Ik wilde niet dat depressie m'n werk of mijn leven beïnvloedde, daarom ging ik door alsof er niets aan de hand was."

3. *Organisatorische context en depressie*

De werknemers die deelnamen aan dit kwalitatieve onderzoek namen beslissingen over hun behandeling gebaseerd op adviezen van de huisarts, de beschikbaarheid van de

behandeling en de ervaren effectiviteit van de behandeling. De ervaringen zijn divers van aard. Sommigen kozen ervoor om geen antidepressiva te nemen, terwijl die wel waren voorgeschreven. Sommigen gingen terug naar het werk terwijl dat niet geadviseerd werd. Een werknemer ging naar het werk voor een re-integratiegesprek met de manager en viel daarna verder terug. "Als je depressief bent, helpt zo'n gesprek je niet, integendeel het versterkte de negatieve spiraal waar ik al in zat." Een ander voelde zich na het re-integratiegesprek juist aangemoedigd terug te keren op het werk. "In het begin dacht ik, ik kom nooit meer aan het werk, later toen de symptomen minder werden kreeg ik mijn zelfvertrouwen terug en durfde ik het weer aan."

De werknemer met depressie noemt als factoren die de terugkeer naar werk ondersteunen:

- Een plan waarin de terugkeer naar werk is geregeld en waarbij de werknemer zelf betrokken is.
- Op het werk praten met een leidinggevende die je begrijpt.
- Het realiseren van werkaanpassingen.

Ervaren barrières in de terugkeer naar werk:

- Als de manager je niet begrijpt.
- Angst voor vooroordelen en stigmatisering.

In een Canadees onderzoek uit 2014 werd bij werknemers met depressie (23) en de direct betrokkenen (collega's, leidinggevenden, huisartsen) onderzocht welke factoren van invloed waren op de terugkeer naar werk (Corbière, 2014).

Positieve factoren voor terugkeer naar werk:

- Een bedrijfscultuur die gekenmerkt wordt door het hebben van waardering voor het menselijke aspect in werk en waar belang wordt gehecht aan de mentale gezondheid.
- Organisatie met een "open mind".
- Ondersteuning en zorg in de periode van verzuim en tijdens de terugkeer naar werk. Vooral de ondersteuning van collega's en leidinggevende is belangrijk.
- Open houding van werknemer. Open staan voor hulp, angsten overwinnen en in staat zijn tot het bijstellen van de verwachtingen ten aanzien van hun prestaties op het werk.

Negatieve factoren voor terugkeer naar werk.

- Een "ongezond werkklimaat" werd als een barrière gezien in de terugkeer naar werk. Kenmerken van zo'n organisatie: sterk competitief, performance management, vooroordelen van werkgevers en direct leidinggevenden.
- Ontbreken van ondersteuning in proces van terugkeer naar werk. Voorbeeld van gebrek aan ondersteuning door collega's: "Jij bent nu 13 maanden weggeweest. Wij hebben jouw werk gedaan toen je er niet was". De reputatie van de werknemer wordt slecht en blijft die achtervolgen met kans op een recidief depressie. Ook wanneer zo'n werknemer overgeplaatst wordt naar een andere afdeling.
- Emotionele factoren van de werknemer bij terugkeer naar werk zoals: ontkenning, schaamte en angst. Vermijdingsgedrag op de werkvloer naar collega's. Er blijft een afstand tussen de werknemer met depressie en de collega's.
- De vooroordelen en onbegrip rond depressie.

## 1.12 Overige overwegingen

### Samen Sterk Zonder Stigma

Vooroordelen kunnen stigmatisering rond depressie bevorderen en vormen een belemmering voor de terugkeer naar werk. Een organisatie in Nederland die aandacht heeft voor deze problematiek is Samen Sterk Zonder Stigma <http://www.samensterkzonderstigma.nl>.

Deze organisatie komt met de volgende oplossingen voor dit probleem:

- Openheid geven van zaken kan onbegrip voorkomen.  
Openheid over psychische aandoeningen op de werkvloer draagt bij aan de gezondheid, het welzijn en de productiviteit van werknemers. De meest effectieve manier om stigmatisatie te verminderen en openheid te bevorderen blijkt direct contact tussen mensen met en zonder psychische aandoening te zijn.  
Wanneer psychische aandoeningen beter bespreekbaar worden, kunnen werkgever en werknemer samen tot oplossingen komen. Mensen zoeken dan sneller hulp en herstellen eerder. Hierdoor wordt onnodig verzuim teruggedrongen en neemt de tevredenheid en productiviteit van medewerkers toe.

### Mensen met Mogelijkheden

In Nederland is een project uitgevoerd met als doel mensen met een psychische kwetsbaarheid te helpen met de participatie op de arbeidsmarkt. De naam van het project is MMM “Mensen Met Mogelijkheden” en het bestaat uit een website en een inspiratieboek. Zie <http://www.mmm-mensenmetmogelijkheden.nl/>. Het project is gebaseerd op de verhalen van 16 ervaringsdeskundigen en de ervaringen van diverse professionals die betrokken zijn bij de participatie van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Uit dit project komt het volgende naar voren:

- *Ervaringsdeskundigen*  
Ervaringsdeskundigen geven aan dat het voor hen belangrijk is dat ze open kunnen zijn over hun psychische kwetsbaarheid en dat ze gehoord en gewaardeerd worden. Ze willen hun kwaliteiten laten zien, dat ze kunnen functioneren in werk. Ze verwachten van een werkgever dat deze begrip heeft voor hun kwetsbaarheid en dat er rekening gehouden wordt met hun beperkingen. Dat de werkgever ondersteuning biedt wanneer dat nodig is. Soms is daar helemaal niet zo veel voor nodig. Een citaat van een ervaringsdeskundige: “Persoonlijke aandacht werkt echt”.
- *Werkgevers*  
Ook werkgevers hebben ondersteuning nodig. Zij willen graag op de hoogte zijn van de eventuele risico's verbonden aan de psychische kwetsbaarheid en hoe te handelen bij problemen. De rol van goede voorlichting aan collega's, steun van collega's of een jobcoach kan werkgevers over de drempel helpen bij het in dienst nemen en houden van werknemers met psychische kwetsbaarheid. Een jobcoach weet de weg in de ingewikkelde regelgeving en kan ondersteuning bieden aan zowel de werknemer zelf als zijn werkgever, zijn leidinggevende en vaak ook de naaste collega's op de werkplek.
- *Professionals*  
Professionals zouden open moeten staan voor mensen met een psychische kwetsbaarheid en zouden moeten uitgaan van hun mogelijkheden. De ervaringsdeskundige moet aangeven wat hij/zij nodig heeft om te kunnen participeren en als gelijkwaardig bejegend te worden. De professional zou zulke signalen serieus moeten nemen.
- *Samenwerken*  
Samenwerking is nodig tussen ervaringsdeskundigen, werkgevers en professionals.

Maar ook tussen betrokken organisaties (zoals de gemeente en het UWV) en tussen professionals onderling. Om de begeleiding en empowerment van ervaringsdeskundigen beter mogelijk te maken is betere samenwerking en afstemming noodzakelijk tussen professionals en organisaties.

### **Participatieve aanpak**

De Participatieve Aanpak op de Werkplek (Leidraad VUmc, 2016) kan de gezondheid en de veiligheid op het werk verbeteren, duurzame inzetbaarheid van werkenden vergroten, of om werkenden die verzuimen zo goed mogelijk terug laten keren naar de werksituatie. De aanpak kan ingezet worden (1) op afdelings-/organisatieniveau bij groepen werknemers, of (2) op het niveau van de individuele werknemer. De aanpak geeft werkenden een grote stem in het bepalen van de knelpunten die zij in hun werk ervaren en in het vaststellen van passende oplossingen.

Onderzoek heeft aangetoond dat de participatieve aanpak onder ander leidt tot:

- het verbeteren van functioneren/productiviteit en werkprestatie;
- het verminderen van blootstelling aan fysieke en psychosociale risicofactoren;
- voorkoming en vermindering van lichamelijke en mentale klachten;
- het verminderen van verzuim of het bevorderen van een versnelde terugkeer naar werk.

De participatieve aanpak op de werkplek bestaat uit de volgende zes stappen.

#### *Stap 1: Creëren voorwaarden*

- Het is belangrijk dat in de organisatie draagvlak is voor de participatieve aanpak (bij de werkgever, het management, de werkvloer, de OR, de arbodienst & P&O) en dat duidelijk is bij wie en wanneer de aanpak wordt ingezet en wie waarvoor verantwoordelijk is. Mogelijke situaties kunnen zijn; bij langdurig of veelvuldig terugkerend ziekteverzuim, conflicten op de werkvloer, gebrek aan middelen, ondermaats functioneren / presteren, gezondheidsklachten en hieruit voortkomend oplopende bedrijfskosten.
- Op organisatieniveau moet voldoende budget en tijd beschikbaar gesteld worden voor de aanpak, zowel voor het proces als voor het invoeren van de oplossingen.
- In deze leidraad wordt aanbevolen om de aanpak te laten begeleiden door een onafhankelijke procesbegeleider die getraind is in de methodiek. Deze procesbegeleider is verantwoordelijk voor het juist verlopen van het proces, voor een goede communicatie met alle betrokkenen en voor het opstellen van het plan van aanpak en navolgen van de gemaakte afspraken.

#### *Stap 2. Knelpuntenanalyse*

- De procesbegeleider organiseert een bijeenkomst met betrokkenen om de knelpuntenanalyse uit te voeren. In het geval van de individuele aanpak zijn de betrokkenen vaak de werknemer en direct leidinggevende. Bij de aanpak op organisatieniveau kunnen dit enkele werknemers zijn, afgevaardigden van leidinggevend en bijvoorbeeld mensen van de technische afdeling indien relevant. Onder leiding van de procesbegeleider brengen betrokkenen de functies en taken van de werknemer(s) in kaart.
- Vervolgens formuleren de betrokkenen afzonderlijk van elkaar knelpunten in het werk gekoppeld aan de taken en bespreken deze vervolgens met elkaar.
- Gezamenlijk formuleren de betrokkenen de drie belangrijkste knelpunten.

#### *Stap 3. Oplossingenanalyse*

In de derde stap worden de belangrijkste oplossingen voor de knelpunten in kaart gebracht. Oplossingen voor bepaalde knelpunten op de werkvloer kunnen mogelijk in veranderingen in de organisatie van het werk liggen, maar ook in technische aanpassingen of door middel van

begeleiding. Ook aanpassingen in de privésfeer behoren tot de mogelijkheden, indien knelpunten op het werk voortkomen uit knelpunten in de privésfeer.

- Alle betrokkenen worden gevraagd afzonderlijk van elkaar mogelijke oplossingen formuleren om deze vervolgens gezamenlijk te bespreken. In deze fase stimuleert de procesbegeleider een creatief proces waarin zoveel mogelijk oplossingen boven tafel komen zonder rekening te houden met haalbaarheid e.d.
- Vervolgens worden per knelpunt de oplossingen geprioriteerd op basis van effectiviteit, beschikbaarheid en haalbaarheid.
- Het is belangrijk om de snel te realiseren oplossingen zoveel mogelijk over te nemen in het Plan van Aanpak: "quick wins".

#### *Stap 4. Plan van aanpak*

Op basis van de besproken oplossingen wordt een plan van aanpak geformuleerd. Dit plan geeft aan wie, wat doet en wanneer. Ook wordt in dit plan beschreven wanneer een evaluatie plaatsvindt over de uitvoering en effectiviteit van de besproken oplossingen. Het plan wordt zo SMART mogelijk opgesteld met goedkeuring van alle betrokkenen.

#### *Stap 5. Implementatie*

In deze fase worden de afgesproken oplossingen daadwerkelijk in de praktijk uitgevoerd.

#### *Stap 6. Evaluatie*

Op een vooraf afgesproken tijdsmoment worden alle betrokkenen opnieuw uitgenodigd. Tijdens deze bespreking wordt de implementatie van het plan van aanpak besproken. Er wordt besproken of de gevonden oplossingen daadwerkelijk het gewenste effect hebben gehad. Wanneer dit niet het geval is, wordt bekeken of dit komt door dat niet alle oplossingen volledig zijn uitgevoerd, of dat de oplossingen onvoldoende effect hebben gehad. In het laatste geval kan besloten worden om opnieuw een knelpunten en oplossingen analyse uit te voeren.

## **1.13 Conclusies**

Werkenden met een depressie ervaren belemmeringen in hun functioneren op verschillende gebieden: van het uitvoeren van routinematige handelingen tot het onderhouden van relaties met anderen. Gevoelens van somberheid, geen zin of energie om ook maar iets te doen, tegen elke dag opzien, jezelf waardeloos vinden of mensen vermijden bepalen het niveau van functioneren thuis en op het werk.

Bij de terugkeer naar werk spelen niet alleen de persoonlijke belemmeringen van een werknemer een rol, maar ook hoe de omgeving, de collega's, de leidinggevende, de werkgever, de zorgprofessionals met de werkende omgaan.

Door de werkende met een depressie ervaren factoren die de terugkeer naar werk stimuleren zijn:

- Begrip, aandacht, openheid, ook in de bedrijfscultuur.
- Ondersteuning door collega's en leidinggevende, aanpassingen in het werk.
- Duidelijk plan voor terugkeer naar werk en invloed op het plan.

Belemmeringen voor de terugkeer naar werk bij een werkende met depressie zijn:

- Vooroordelen en stigmatisering rond depressie.
- Angst, schaamte, gebrek aan zelfvertrouwen.
- Gebrek aan ondersteuning.
- "Ongezonde bedrijfscultuur"; oordelend, sterk competitief.

De stappen uit de Leidraad Participatieve Aanpak op de Werkplek kunnen ingezet worden om maatregelen voor terugkeer naar werk te stimuleren en belemmeringen voor terugkeer weg te nemen.

### 1.14 Aanbevelingen

- Uitgangspunt voor de bedrijfsarts en de verzekeringsarts zijn de mogelijkheden die de werkende met een depressie heeft.
- Voor de werkende met een depressie is het vooral van belang dat hij/zij onbevooroordeelde aandacht krijgt van de professional en dat de werkende betrokken wordt in het plan van terugkeer naar werk.
- De bedrijfsarts en/of verzekeringsarts maakt een analyse van de factoren die van invloed zijn op de terugkeer naar werk voor de individuele werkende. Denk daarbij aan het verloop van de depressie, de interactie tussen de depressie en het werk, werkaanpassingen, coping en de verwachting voor werkhervatting bij de werkende.
- Bij het adviseren over maatregelen maakt de bedrijfsarts en/of verzekeringsarts gebruik van de participatieve aanpak.

NB. In het algemeen geldt dat goed werk goed voor de gezondheid is.

### Referenties

Corbière M, Renard M, St-Arnaud L, Coutu MF, Negrin A, Sauvé G, Lecomte T. Union Perceptions of Factors Related to the Return to Work of Employees with Depression. *J Occup Rehabil* 2014.

Kamenov K, Mellor-Marsá B, Leal I, Ayuso-Mateos JL, Cabello M. Analysing Psychosocial Difficulties in Depression: A Content Comparison between Systematic Literature Review and Patiënt Perspective *BioMed Research International* Volume 2014, Article ID 319634, 11 pages.

Milward L.J., Lutte A., Purvis R.G. (2005) Depression and the perpetuation of an incapacitated identity as an inhibitor of return to work. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12, 565-573.

Multidisciplinaire richtlijn Depressie (3<sup>e</sup> herziene versie), Trimbos Instituut 2013.

Participatieve Aanpak op de Werkplek. Leidraad VUmc, 2016.

Sallis A, Birkin R. Experiences of Work and Sickness Absence in Employees with Depression: An Interpretative Phenomenological Analysis. *J Occup Rehabil* (2014) 24:469–483.

Working for a healthier tomorrow. Dame Carol Black's review of the health of Britain's working age population. Presented to the Secretary of State for Health and the Secretary for Work and Pensions, 17<sup>th</sup> march 2008.

### Websites

<http://www.mmm-mensenmetmogelijkheden.nl>

<http://www.samensterkzonderstigma.nl>



## 2. DIAGNOSTIEK EN PROBLEEMORIENTATIE: ARBEIDSBEPERKINGEN EN BEROEPSZIEKTE

### Uitgangsvragen

- Welke arbeidsbeperkingen zijn verbonden met depressie en hoe kunnen die worden vastgesteld?
- Hoe kunnen de arbeidsbelasting en de arbeidsmogelijkheden van (potentieel) werkenden met een depressie betrouwbaar –valide, transparant en aanvaardbaar- worden vastgesteld bij de advisering rond arbeidsmogelijkheden?

### Zoekstrategie

Er werd begonnen met gebruik te maken van een bestaande zoekstrategie van K. Nieuwenhuizen, 2014 en FR. Gartner 2010. Deze zoekstrategie is gebaseerd op depressie en werkgerelateerde uitkomsten. Deze zoekstrategie is geactualiseerd in 2015 via OVID voor PubMed.

Zoektermen: ("Rehabilitation, Vocational"[Mesh] OR "Occupational Health"[Mesh] OR "Sick Leave"[Mesh] OR "absenteeism"[MeSH Terms] OR presenteeism[All Fields] OR "retirement"[MeSH Terms] OR "workers' compensation"[Mesh] OR "work status"[All Fields] OR "work capacity"[All Fields] OR "return to work"[All Fields] OR "back to work"[All Fields] OR "work disability"[All Fields] OR "employment"[MeSH Terms] OR "work"[MeSH Terms] OR "insurance medicine"[All Fields] OR sickness absence[TW] OR "Disabled Persons"[Mesh] OR job[All Fields] OR vocational reintegration[TW] OR "Social Participation"[Mesh]) AND "Depressive Disorder"[Mesh]

In Clinical Queries leverde dit 34 systemic reviews op.

Vervolgens werd in de Medline database gezocht met de zoektermen "Depressive Disorder"[Mesh] AND "Work Capacity Evaluation"[Mesh]. Dat leverde 31 artikelen op.

Na bestudering van de literatuur bleken vier reviews en een summary aan te sluiten op de uitgangsvraag.

### 2.1. Diagnostiek

#### Gericht onderzoek

Het diagnosticeren van een depressieve stoornis gebeurt op basis van het vraaggesprek, met andere woorden: het gaat om een klinische diagnose (Multidisciplinaire Richtlijn Depressie, Trimbos, 2013). Het vraaggesprek is een gericht onderzoek naar psychische aspecten. Deze staan als volgt beschreven in het Leerboek Psychiatrie van Hengeveld (2015) en worden hierna in tabelvorm weergegeven.



Hoofdgroepen	Subgroepen	Psychische functies
<b>Eerste indrukken</b>		Uiterlijk
		Contact en houding
		Klachtenpresentatie
		Gevoelens en reacties opgewekt bij de onderzoeker
<b>Cognitieve functies</b>	Bewustzijn, aandacht en oriëntatie	Bewustzijn
		Aandacht en concentratie
		Oriëntatie
	Geheugen	Geheugen
	Intellectuele functies	Oordeelsvermogen
		Ziekte-inzicht
		Abstractievermogen
		Executieve functies
		Geschatte intelligentie
	Taal	
	Voorstelling, waarneming en zelfwaarneming	Voorstelling
		Waarneming
		Zelfwaarneming
Denken	Vorm	
	Inhoud	
<b>Affectieve functies</b>	Stemming en affect	Stemming
		Affect
	Somatische klachten en verschijnselen	Somatische symptomen van stemmings- en angststoornissen
		Pseudoneurologische symptomen
	Overige somatisch niet (geheel) verklaarde klachten	
<b>Conatieve functies</b>	Psychomotoriek	Algemeen (vb. katatonie, stupor, agitatie)
		Mimiek en gestiek (vb. levendig, teatraal, afwezig)
		Spraak (vb. overmatig moduleren, monotoon, zacht)
	Motivatie en gedrag	Stoornissen in drift
		Stoornissen in middelengebruik
		Dwangmatig, drangmatig of impulsief gedrag
		Sociaal disfunctioneren
<b>Persoonlijkheid</b>		Persoonlijkheidstrekken

In de Richtlijn Psychiatrische Diagnostiek (NVvP, 2015) worden aanbevelingen gedaan over de omgang met de patiënt. Een van de aanbevelingen is om rekening te houden met de klachtenpresentatie, de intellectuele vermogens, de culturele achtergrond van de patiënt en de invloed van deze elementen op de behandelaar. De auteurs van de Richtlijn Depressie voor Bedrijfsartsen & Verzekeringsartsen wijzen ook op de (tegen)overdracht naar de behandelaar: de presentatie en het gedrag van een patiënt kan de gevoelens en het gedrag van de behandelaar beïnvloeden. De behandelaar moet daar alert op zijn.

## Overige aandachtspunten diagnostiek

### ▪ classificatie

Het concept 'depressie' zoals gedefinieerd in de internationaal dominante classificatiesystemen DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV). American Psychiatric Association, 1994) en DSM-5 (APA, fifth edition 2013), is niet onomstreden (Dehue T. De depressie-epidemie. Atlas-Contact, Amsterdam, mei 2008). Toch gebruiken wij deze systematiek om aan te kunnen sluiten bij de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (Trimbos, 2013), die ook door de NVAB en de NIVG is geautoriseerd. De DSM-IV en DSM-5 spreken beide van een depressieve stoornis (*major depressive disorder*) wanneer tenminste vijf van de negen symptomen – waaronder tenminste één kernsymptoom – aanwezig zijn. Men onderscheidt naar ernst: een lichte (5 symptomen), matig ernstige (6-7) en een ernstige (8-9) depressie. Bij twee tot vier symptomen spreekt men van dysthymie (of *minor depressive disorder*). Differentiaal diagnostisch is het onderscheid met burnout en overspanning van belang. De klacht somberheid komt immers ook voor bij deze stress-gerelateerde aandoeningen. Daarbij is echter geen sprake van aanhoudende somberheid, het ontbreken van positieve emoties en depressieve gedachten over wie men is en wat men presteert. Aanhoudende gevoelens van schuld of waardeloosheid en suïcidaliteit passen niet bij burnout of overspannenheid maar kunnen juist wel optreden bij vaak ernstige depressieve stoornissen. In 2013 en 2014 is de DSM-5 geïntroduceerd in de gezondheidszorg in Nederland. De implementatie van de DSM-5 vindt landelijk in 2017 plaats. Het beschikbare onderzoek is nu nog gebaseerd op de DSM-IV methodiek. Volgens een artikel van Spijker en Caes in het tijdschrift voor psychiatrie (56 (2014) 3, 173-176) zullen de veranderingen in de DSM-5 (ten opzichte van DSM-IV) waarschijnlijk niet tot grote verschuivingen in de behandelpraktijk van mensen met depressieve klachten leiden.

De criteria voor een depressieve stoornis in de DSM-IV en -5 zijn hetzelfde gebleven. Alleen het rouwcriterium, dat in de DSM-IV een exclusiecriteria was, is in de DSM-5 verdwenen. In de DSM-5 is er een opmerking toegevoegd over aanzienlijk verlies. Bij aanzienlijk verlies (bijvoorbeeld door het overlijden van een dierbare, financiële ondergang, verliezen door een natuurramp, een ernstige somatische aandoening of beperking) kunnen er zich reacties voordoen zoals gevoelens van intens verdriet, rumineren over het verlies, insomnia, verminderde eetlust en gewichtsverlies, die kunnen lijken op een depressieve episode. In zo'n geval moet er overwogen worden of deze symptomen begrijpelijk en passend zijn bij het verlies, of er naast deze normale reactie op het verlies ook sprake is van een depressieve episode. Deze overweging vraagt om een klinisch oordeel. In de DSM-5 is de term dysthyme stoornis uit de DSM-IV vervangen door de term "persisterende depressieve stoornis". De criteria voor deze stoornis zijn niet veranderd.

### ▪ suïcidaliteit

De evaluatie van suïcidaliteit heeft nadrukkelijk aandacht nodig. De betrokken verzekeringsartsen en bedrijfsartsen behoren alert te zijn op signalen van suïcidaliteit, de gedachten en beweegredenen van cliënt op een open wijze te bespreken en waar nodig cliënt te verwijzen en te begeleiden naar passende hulpverlening (intern document UWV; SMZ-CEC. Leidraad Suïcidedreiging en de rol van de verzekeringsarts, februari 2014).

#### ▪ KNMG-meldcode

Sinds 2013 zijn zorgverleners verplicht de KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld (2012) met Kindcheck (2014) te gebruiken bij vermoedens van kindermishandeling. De situatie waarin ouder(s) verkeren kan een risico zijn voor kinderen. Dit geldt bijvoorbeeld als ouders met (ernstige) psychische problemen hun sociale rol als ouder niet kunnen volhouden. De 'kindcheck' kan een zorgverlener alleen oppakken als hij weet dat zijn volwassen patiënt kinderen heeft die van hem afhankelijk zijn. Vanwege de wettelijke verplichting moeten bedrijfsartsen en verzekeringsartsen de volgende stappen volgen uit de KNMG Meldcode:

- Vraag naar kinderen die (gedeeltelijk) van de patiënt afhankelijk zijn.
- Zo ja, leg het aantal en de leeftijd van deze kinderen vast in het dossier van de patiënt. Beschrijf wie de zorg draagt voor de kinderen (alleen, samen met partner of met anderen).
- Vraag naar functioneren als ouder en eventuele moeilijkheden door de psychische klachten.
- Doorloop bij twijfel over de veiligheid van de kinderen de KNMG Meldcode.

## 2.2 Gevolgen depressie voor het functioneren in het algemeen

De mogelijke beperkingen bij een depressieve stoornis zijn als volgt in te delen (Multidisciplinaire Richtlijn Depressie, 3e revisie, 2013):

Affectieve beperkingen als gevolg van:

- Stoornis in het emotioneel beleven: negatief zelfbeeld, schaamte over de eigen prestaties, gespannenheid, verlies aan interesse, onvermogen te genieten en gevoelens van onvrede.
- Stoornis in de empathie: teruggang van het vermogen om relationele contacten aan te gaan of te onderhouden.

Cognitieve beperkingen als gevolg van:

- Stoornis in geheugen en concentratie.
- Verlies aan mentale energie.
- Verlies aan flexibiliteit.

Fysieke beperkingen als gevolg van:

- Verlies aan fysieke energie.
- Vermoeidheid als gevolg van slaapstoornissen.

Voor deze richtlijn voor bedrijfsartsen & verzekeringsartsen werd het literatuuronderzoek over functionele beperkingen (van de multidisciplinaire richtlijn) in 2015 geactualiseerd. Dat leverde drie systematische reviews en een artikel op, die goed aansloten op de uitgangsvraag.

Bora e.a. namen 27 empirische studies op in een meta-analyse waarin 895 patiënten met depressie werden vergeleken met 997 gezonden betreffende een range van cognitieve functies. In deze review werd aangetoond dat de patiënten cognitieve beperkingen vertoonden op alle aspecten van het cognitief functioneren. De diverse aspecten van cognitief functioneren waarop de deelnemers in de studies werden getest worden hieronder vermeld.

- Executieve functies – plannen, structureren, overzicht houden, prioriteren, uitvoeren
- Verwerkingssnelheid
- Fonetische fluency
- Semantische fluency Visueel geheugen
- Verbaal geheugen
- Werkgeheugen
- Woorden in lijst leren, herinneren, herkennen
- Plannen
- Perseveratie
- Aandacht.

In het review van Snyder et al. (2013) worden de resultaten van een meta-analyse beschreven van 113 studies waarin mensen met een depressie werden vergeleken met gezonden op neuropsychologische testen voor executieve functies. Executieve functies zijn: updaten, schakelen, inhibitie, werkgeheugen, planning, en verbale fluency.

*Updaten* is omschreven als het monitoren en coderen van binnenkomende informatie op relevantie voor de taak en het vervangen van niet relevante informatie door nieuwere meer relevante informatie.

*Schakelen* is omschreven als het switchen tussen verschillende taken (Wisconsin Card Sorting Test).

*Inhibitie* is het kunnen onderdrukken of vermijden van een automatische respons om die te vervangen door een respons die relevant is voor de uit te voeren taak.

*Werkgeheugen* is het actief kunnen onderhouden en bewerken van informatie gedurende een korte periode. Dat kan informatie zijn in woorden, letters, cijfers (verbaal) maar ook in vormen, beelden, patronen (visueel).

In een systematische review van Hindmarch e.a. (2013) werd aangetoond dat depressie de besluitvaardigheid van mensen kan doen afnemen. Vooral bij ernstige depressie is dat het geval. Het vermogen om informatie of een situatie te kunnen inschatten is bij depressie het meest aangedaan. “Decision-making capacity” werd in dit review onderzocht in relatie met het kiezen van een behandeling. “Decision-making capacity” wordt als volgt omschreven:

1. Het vermogen een keuze te maken.
2. Het vermogen informatie te begrijpen die relevant is voor het nemen van de beslissing.
3. Het vermogen om een inschatting te maken van relevantie informatie in relatie tot de eigen situatie.
4. Het vermogen met de informatie te kunnen redeneren en het kunnen afwegen van mogelijkheden.

Hammar en Årdal (2009) hebben longitudinaal onderzoek naar het cognitief functioneren bij depressie op de korte en de langere termijn samengevat. Op de korte termijn kunnen Inhibitie, plannen, probleem oplossen, mentale flexibiliteit, verbale fluency, besluitvaardigheid en werkgeheugen beperkt zijn. Voor de langere termijn zijn er in toenemende mate indicaties dat symptoom reductie bij depressie niet in gelijke mate gevolgd wordt door herstel van de cognitieve functies. Er zijn indicaties dat de cognitieve beperkingen voorafgaan aan de depressieve symptomen en dat de cognitieve beperkingen later normaliseren dan de depressieve symptomen en dat bij recidiverende depressie de cognitieve beperkingen blijven bestaan.

McKnight e.a. (2009) onderkennen in een systematische review het belang van beperkingen in het functioneren bij depressie. Zij onderzochten in de literatuur de relatie tussen de symptomen van depressie en uitkomsten op het gebied van het functioneren van de patiënt met een depressie. Ze kwamen tot de conclusie dat in de literatuur de meeste aandacht gaat naar de symptomen van depressie en dat de relatie tussen de symptomen en de ervaren beperkingen zwak is en complex van aard. De aandacht zou moeten verschuiven van symptoomreductie naar een meer uitgebreid model dat ook het functioneren van de patiënt omvat.

## Conclusies

<b>Niveau 3</b>	Cognitieve beperkingen treden op in de acute fase van depressie. Er zijn indicaties dat cognitieve beperkingen kunnen blijven bestaan ondanks vermindering van symptomen en na herstel. Mogelijk verslechteren de cognitieve functies bij recidieven van depressie. <i>B Hammar 2009</i>
<b>Niveau 1</b>	Het is aangetoond dat mensen met een depressie cognitief slechter presteren dan gezonden. Mensen die op latere leeftijd (50-65) een depressie krijgen functioneren cognitief slechter dan mensen die op jongere leeftijd een depressie krijgen (18-50). Het verschil tussen mensen met een depressie en gezonden is voor alle bovenstaande aspecten van cognitief functioneren aanwezig. <i>A1 Bora 2012</i>
<b>Niveau 1</b>	Het is aangetoond dat mensen met een depressie slechter presteren op executieve functies dan gezonden. <i>A1 Snyder 2013</i>
<b>Niveau 1</b>	Het is aangetoond dat het vermogen om beslissingen te nemen bij depressieve mensen beperkt kan zijn, vooral bij een ernstige depressie. <i>A1 Hindmarch 2013</i>
<b>Niveau 1</b>	Het is aangetoond dat de relatie tussen de symptomen van depressie en de beperkingen in het functioneren zwak en complex is en dat de beperkingen in het functioneren minder reageren op de behandeling dan de symptomen. <i>A1 McKnight 2009</i>

## 2.3 Gevolgen depressie voor het functioneren in arbeid

Het hebben van een depressie heeft betekenis voor het functioneren in arbeid: werknemers met een depressieve stemming hebben meer lichamelijke klachten, gebruiken meer symptoombestrijdende medicijnen, maken meer gebruik van de gezondheidszorg en hebben meer ziekteverzuim, zowel frequent kortdurend als langdurend.

*Motivatie* voor werk kan verminderd zijn door de depressieve stemming en het verlies van interesse en plezier.

*Vitaliteit* kan verminderd zijn door slecht eten en gewichtsverandering, slaapstoornissen, moeheid, verlies van energie en initiatiefverlies.

*Cognitief functioneren* kan verminderd zijn door gevoelens van waardeloosheid en schuld. Aandacht, concentratie, besluiten nemen, geheugen kunnen beperkt zijn.

*Interpersoonlijk*; de werknemer met een depressie heeft de neiging zich terug te trekken uit sociale verbanden, is moeilijk in de omgang: geprikkeld, snel boos. (Schene 2006)

In de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (2013) wordt een hoofdstuk gewijd aan de relatie tussen depressie en functioneringsbeperkingen in arbeid. De directe relatie tussen symptomen en functioneringsbeperkingen komt in veel onderzoek naar voren in de vorm van synchroniciteit tussen ernst van de klachten en ernst van het functioneringsverlies, waarbij het herstel van functioneringsverlies in een later stadium optreedt dan het symptoomherstel. Cognitieve beperkingen manifesteren zich zowel bij matige als bij ernstige vormen van depressieve stoornissen en hebben verzuim, productieverlies en conflicten tot gevolg. Voorbeelden van cognitieve beperkingen zijn het plannen, initiëren en uitvoeren van doelgerichte activiteiten. Op basis van literatuuronderzoek tot 2008 worden in de multidisciplinaire richtlijn de volgende conclusies getrokken.

<b>Niveau 1</b>	Het is aangetoond dat affectieve beperkingen (distress, interesseverlies, onvrede met werk) zich meer en eerder voordoen dan functionele beperkingen ongeacht de ernst van de depressie.  <i>Mintz, 1992</i>
<b>Niveau 2</b>	Het is aannemelijk dat zich bij depressieve cliënten de volgende beperkingen voordoen op het gebied van werkperformance: mentale interpersoonlijke taken, timemanagement en output taken.  <i>B. Adler, 2006; Lerner 2004</i>
<b>Niveau 3</b>	Er zijn aanwijzingen dat zich bij depressieve cliënten beperkingen voordoen bij fysieke taken  <i>B. Adler, 2006</i>

In een onderzoek naar het toepassen van het Verzekeringsgeneeskundig Protocol Depressie (2005) door verzekeringsartsen hebben deskundigen uit het veld van de verzekeringsgeneeskunde, op basis van literatuuronderzoek de beperkingen in arbeid bij depressie beschreven. Er is een onderverdeling gemaakt in de beperkingen in arbeid in relatie tot de ernst van de depressie. De beperkingen zijn beschreven in de terminologie van de Functionele Mogelijkheden Lijst (FML).

<b>Niveau 4</b>	Deskundigen uit het veld van de verzekeringsgeneeskunde zijn van mening dat de aard van beperkingen in het werk afhankelijk zijn van de ernst van de depressie.  <i>Bij ernstige depressie:</i> Concentratie, aandacht, geheugen, inzicht, ADL, structureren van de dag, initiatief, oordeelsvermogen, zelfinschatting, impulscontrole, samenwerken, communiceren, emoties hanteren, fysieke taken uitvoeren Indien slaapstoornis: kan beschikbare energie beperkt zijn en kan een vermindering arbeidsduur overwogen worden  <i>Bij licht-matige depressie</i> Hanteren van tijdsdruk, overzicht houden, besluitvaardigheid, reactievermogen, informatie verwerken, meervoudige/complexen taken uitvoeren, plannen, productiviteit, conflicthantering, leiding geven, emoties van anderen hanteren, communiceren met klanten, patiënten, klanten  <i>D. Zwerver 2012</i>
-----------------	--

## 2.4 Rijvaardigheid bij depressie

Het is evident dat psychiatrische stoornissen de rijvaardigheid kunnen beïnvloeden, aangezien psychiatrische stoornissen van invloed kunnen zijn op het neurocognitief functioneren. Het is lastig te bepalen welke beperking als gevolg van een stoornis in het neurocognitief functioneren leidt tot een vermindering van de rijvaardigheid. Is dat aandacht, of is dat het oordeelsvermogen dat nodig is voor het inschatten van een verkeerssituatie? Of is het de snelheid van denken die daarvoor nodig is? Het beoordelen van de rijvaardigheid van iemand met een depressie is een complexe taak.

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) heeft een Adviesnota Rijgeschiktheid bij stemmingsstoornissen, ADHD, schizofrenie en psychose ontwikkeld. De Adviescommissie Rijgeschiktheid NVvP heeft deze adviesnota geschreven op basis van systematisch literatuuronderzoek en de bewerking daarvan door deskundigen. In deze Adviesnota staan conclusies en aanbevelingen over de rijvaardigheid bij o.a. depressie.

### Conclusies NVvP-adviescommissie Rijgeschiktheid

<b>Niveau 2</b>	<p>Het is waarschijnlijk dat de bipolaire stoornis en de (unipolaire) depressieve stoornis gepaard gaan met een verhoogd risico om bij verkeersongevallen betrokken te raken, of bij een verkeersongeval te overlijden.</p> <p><i>B: Laursen e.a., 2007; Osby e.a., 2001; Khalsa e.a., 2008; (Weeke &amp; Vaeth, 1986).</i></p>
<b>Niveau 3</b>	<p>Het is aannemelijk dat cognitieve functiestoornissen tijdens de euthyme fasen (c.q. in de onderhoudsbehandeling) een nadelige invloed kunnen hebben op de rijgeschiktheid.</p> <p><i>D: Honig e.a., 1999.</i></p>
<b>Niveau 3</b>	<p>Het is aannemelijk dat comorbiditeit, gevorderde leeftijd en het gebruik van tricyclische antidepressiva (tca's), benzodiazepines en antipsychotische geneesmiddelen de rijgeschiktheid van de individuele patiënt nadelig kunnen beïnvloeden.</p> <p><i>C: Lapham e.a., 2006; Leveille e.a., 1994; Bramness e.a., 2008; Ray e.a., 1992.</i></p>
<b>Niveau 4</b>	<p>De NVvP-adviescommissie rijgeschiktheid is van mening dat:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– een persoon tijdens acute manische en depressieve episode rijongeschikt is;</li><li>– een persoon tijdens een hypomane episode of tijdens een periode met lichte depressieve symptomen over het algemeen rijgeschikt is;</li><li>– wanneer een ernstige manische of depressieve episode overgaat in remissie of in een periode met hooguit lichte manische of depressieve symptomen (partiele remissie, restsymptomen), de patiënt over het algemeen rijgeschikt is;</li><li>– er slechts beperkte aanwijzingen beschikbaar zijn dat lithium de rijvaardigheid nadelig kan beïnvloeden;</li></ul> <p><i>D: Mening van de NVvP-adviescommissie rijgeschiktheid.</i></p>



## Regeling eisen geschiktheid 2000 CBR

Het CBR vermeldt in deze regeling het volgende:

Personen met een depressieve stoornis kunnen voor rijbewijzen van groep 1 en 2 geschikt worden verklaard onder de volgende voorwaarden:

- a. geen suïciderisico
- b. adequate behandeling
- c. redelijk ziekte-inzicht.

Een adequate behandeling wil zeggen dat er geen of lichte depressieve symptomen zijn en dat de persoon therapietrouw is.

Voor de beoordeling van personen bij wie de diagnose depressieve stoornis minder dan vijf jaar geleden is gesteld, is een psychiatrisch rapport vereist als men het afgelopen jaar onder behandeling van een psychiater is geweest. Is dit niet het geval dan volstaat een door een arts ingevulde psychiatrievragenlijst.

Voor de beoordeling van personen bij wie de depressieve stoornis meer dan vijf jaar geleden is vastgesteld, voldoet in eerste instantie een door een arts ingevulde psychiatrievragenlijst. Als uit de vragenlijst blijkt dat depressieve symptomen nog aanwezig zijn, is alsnog een psychiatrisch rapport vereist.

De maximale geschiktheidstermijn is vijf jaar. Bij totale remissie van symptomen kunnen zij geschikt worden verklaard zonder termijnbeperking.

## Verkeersdeelname en het gebruik van antidepressiva

Het gebruik van antidepressiva kan de rijvaardigheid beïnvloeden. Informatie hierover is te vinden op de website van de KNMP, de beroeps- en brancheorganisatie voor apothekers [www.knmp.nl](http://www.knmp.nl).

Hieronder volgt een overzicht uit de indeling van geneesmiddelen op categorie (I, II of III) betreffende invloed op de rijvaardigheid.

Legenda:

- geen categorie: geen negatieve invloed op de rijvaardigheid (bewezen).
- (categorie) I: geen of weinig negatieve invloed op de rijvaardigheid.
- (categorie) II: licht tot matig negatieve invloed op de rijvaardigheid.
- (categorie) III: ernstige of potentieel gevaarlijke invloed op de rijvaardigheid.
- (categorie) III → I: de invloed op de rijvaardigheid verandert in de uren na inname van categorie III naar categorie I.

	categorie				
	Geen	I	II	III	III → I
<b>antidepressiva, MAO-remmers</b>					
- fenelzine			x		
- moclobemide		x			
- tranylcypromine			x		
<b>antidepressiva, SSRI's</b>					
- citalopram		x			
- escitalopram		x			
- fluoxetine		x			

- fluvoxamine		x			
- paroxetine		x			
- sertraline		x			
<b>antidepressiva, TCA's</b>					
- amitriptyline				x	
- clomipramine			x		
- dosulepine				x	
- doxepine				x	
- imipramine			x		
- maprotiline			x		
- nortriptyline			x		
<b>overige antidepressiva</b>					
- agomelatine		x			
- duloxetine			x		
- hypericum	x				
- mianserine				x	
- mirtazapine				x	
- trazodon				x	
- venlafaxine		x			

## Speciale functie-eisen en depressie

De auteurs van deze richtlijn merken op dat de beperkingen behalve invloed op de rijvaardigheid, ook invloed kunnen hebben op de vaar- en vliegvaardigheid en op speciale functie-eisen zoals waakzaamheid en oordeelsvermogen, of omgaan met gevaarlijke stoffen, of als er 'geweld' aan de orde is zoals in de gezondheidszorg, brandweer, ambulance, politie, beveiliging, bewaking, leger, bouw of onderwijs. Het kan gaan om beperkingen door de depressie zelf en/of door het gebruik van psychofarmaca.

## 2.5 Welke hulpmiddelen zijn er om arbeidsbeperkingen bij depressie vast te stellen?

De bedrijfsarts of de verzekeringsarts die een werkende begeleidt of beoordeelt, vormt zich een beeld van het functioneren van de werkende. In het gesprek met de cliënt vraagt de bedrijfsarts/verzekeringsarts naar de door de werkende ervaren belemmeringen in diens functioneren. Die belemmeringen kunnen liggen in het werk, maar ook thuis of in de hobby/sportsfeer. Laat de werkende voorbeelden noemen van de ervaren belemmeringen. Bijvoorbeeld: "Ik heb moeite met de concentratie op mijn werk" Vraag: "Kunt u mij een voorbeeld noemen waaruit dat blijkt". Probeer de voorbeelden zo concreet mogelijk te krijgen met doorvragen. Hoe vaak komt dat voor: per week, dag, uur? Hoe lang duurt het? Uren, minuten. In welke situaties? Wat doet u dan in zo'n geval? Wat is het gevolg? Wat betekent deze belemmering voor u?

De bedrijfsarts/ verzekeringsarts relateert de door de werkende ervaren belemmeringen aan diens ziekte. Kennis hebben van de betreffende ziekte en de daarmee gepaard gaande beperkingen in arbeid wordt aanbevolen. Voor depressie zijn voor dit doel hulpmiddelen ontwikkeld, zoals de Aandachtpuntenlijst Depressie van Slebus (2008).

## Aandachtpuntenlijst Depressie (Slebus, 2008)

In een Delphi studie in twee rondes onder 64 praktiserende verzekeringsartsen is een checklist ontwikkeld voor het vaststellen van de belangrijkste aspecten betreffende de arbeidsmogelijkheden en de beperkingen van patiënten met een depressie (Slebus et al. 2008). De tien meest relevant geachte aspecten zijn:

- 1 Aandacht kunnen opbrengen
- 2 Aandacht kunnen volhouden
- 3 Zich kunnen concentreren
- 4 Handelingen kunnen afmaken
- 5 Adequaat kunnen reageren
- 6 Kunnen inprenten
- 7 Routinewerkzaamheden kunnen uitvoeren
- 8 Gestructureerd werk kunnen uitvoeren
- 9 Zaken kunnen herinneren
- 10 Zelfstandig kunnen handelen.

De volledige lijst met toelichting is te vinden in bijlage 3 bij dit achtergronddocument.

## 2.6. Conclusies

<b>Niveau 4</b>	De Aandachtpuntenlijst Depressie omvat de tien meest relevante aspecten van arbeidsmogelijkheden of beperkingen bij depressie. <i>Slebus 2008</i>
-----------------	--

## 2.7 Aanbevelingen

- Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen moeten weten dat bij werkenden met een depressie op diverse gebieden van het functioneren beperkingen kunnen optreden.
- De beperkingen kunnen liggen in alle aspecten van cognitief functioneren. Daarnaast kan de werkende beperkingen hebben in affectief functioneren, zich anders gedragen en minder vitaal zijn.
- De beperkingen in het cognitief functioneren kunnen bij een werkende met depressie leiden tot een verminderde rij-/vaar/ of vliegvaardigheid of –ongeschiktheid en/of verminderde belastbaarheid of ongeschiktheid voor speciale functie-eisen (waakzaamheid en oordeelsvermogen of omgaan met gevaarlijke stoffen of 'geweld').
- De bedrijfsarts en de verzekeringsarts moeten bij beroepsmatige verkeersdeelname door een werkende met depressie de rijgeschiktheid meenemen in de begeleiding en beoordeling.
- De aanbevelingen uit de Adviesnota Rijgeschiktheid van de NVvP (2014) en de Regeling geschiktheid van het CBR (2000) gelden als leidraad. De bedrijfsarts of verzekeringsarts kan beoordelen of de rijgeschiktheid van een werknemer met depressie nader onderzocht of beoordeeld moet worden. Wanneer dit het geval is, vindt dat bij voorkeur plaats in een gespecialiseerd behandelcentrum voor stemmingsstoornissen.

Denk ook aan beperkingen in relatie tot speciale functie-eisen zoals waakzaamheid en oordeelsvermogen of omgaan met gevaarlijke stoffen of 'geweld' aan de orde is zoals in gezondheidszorg, brandweer, ambulance, politie, beveiliging, bewaking, leger, bouw of onderwijs

- Bedrijfs- en verzekeringsartsen moeten er rekening mee houden dat de beperkingen kunnen blijven bestaan wanneer de depressie aan het verminderen is of al verdwenen is.
- Bedrijfs- en verzekeringsartsen kunnen voor het vaststellen van de beperkingen bij een depressie gebruik maken van de Aandachtspuntenlijst (F. Slebus, 2008).

## Referenties

E. Bora<sup>1</sup>, B. J. Harrison, M. Yu<sup>2</sup>, and C. Pantelis. Cognitive impairment in euthymic major depressive disorder: a meta-analysis. *Psychological Medicine* (2013), 43, 2017–2026. Cambridge University Press 2012.

Bramness, J.G., Skurtveit, S., Neutel, C.I., Morland, J., & Engeland, A. (2009). An increased risk of road traffic accidents after prescriptions of lithium or valproate? *Pharmacoeconomics and Drug Safety*, 18, 492-496.

M. Brons, J.K. van Driel, J.W. Hagemeyer, E.G.Th.M. Hartong, M.J. Hoek, M. Koenen, J.J.S. Kooij, A. Korzec en P. Niesink (NVvP-adviescommissie rijgeschiktheid) Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). Adviesnota rijgeschiktheid bij stemmingsstoornissen, ADHD en schizofrenie en Psychose. De Tijdstroom, 2014.

Hammar A, Ardal G. Cognitive functioning in major depression – a summary. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2009;3(26):1-7.

Hannah R. Snyder. Major Depressive Disorder is Associated with Broad Impairments on Neuropsychological Measures of Executive Function: A Meta-Analysis and Review. *Psychol Bull*. 2013 January ; 139(1): 81–132.

Leerboek Psychiatrie, Dr. M.W. Hengeveld en dr. A.J.L.M. van Balkom (red). Tweede, geheel herziene druk, 2015. De Tijdstroom, Utrecht.

Gärtner FR, Nieuwenhuijsen K, van Dijk FJ, Sluiter JK. The impact of common mental disorders on the work functioning of nurses and allied health professionals: a systematic review. *Int J Nurs Stud* 2010;47:1047-61.

Thomas Hindmarch, Matthew Hotopf and Gareth S Owen. Depression and decision-making capacity for treatment or research: a systematic review. *BMC Medical Ethics* 2013, 14:54.

Honig, A., Arts, B.M., Ponds, R.W., & Riedel, W.J. (1999). Lithium induced cognitive side-effects in bipolar disorder: A qualitative analysis and implications for daily practice. *International Clinical Psychopharmacology*, 14, 167-171.

Khalsa, H.M., Salvatore, P., Hennen, J., Baethge, C., Tohen, M., & Baldessarini, R.J. (2008). Suicidal events and accidents in 216 first-episode bipolar I disorder patients: Predictive factors. *Journal of Affective Disorders*, 106, 179-184.

KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld (2012), in 2014 aangevuld met de Kindcheck (2014).

Lapham, S.C., C. de Baca, J., McMillan, G. P., & Lapidus, J. (2006). Psychiatric disorders in a sample of repeat impaired-driving offenders. *Journal of Studies on Alcohol*, 67, 707-713.

Laursen, T.M., Munk-Olsen, T., Nordentoft, M., & Mortensen, P.B. (2007). Increased mortality among patients admitted with major psychiatric disorders: A register-based study comparing mortality in unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 899-907.

Leveille, S.G., Buchner, D.M., Koepsell, T.D., McCloskey, L.W., Wolf, M.E., & Wagner, E.H. (1994). Psychoactive medications and injurious motor vehicle collisions involving older drivers. *Epidemiology*, 5, 591-598.

Patrick E. McKnight\* and Todd B. Kashdan. The importance of functional impairment to mental health outcomes: A case for reassessing our goals in depression treatment research. *Clin Psychol Rev*. 2009 April ; 29(3): 243.

Multidisciplinaire richtlijn Depressie, (derde revisie) Trimbos Instituut, 2013.

Osby, U., Brandt, L., Correia, N., Ekblom, A., & Sparen, P. (2001). Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Archives of General Psychiatry*, 58, 844-850.

Ray, W.A., Fought, R.L., & Decker, M.D. (1992). Psychoactive drugs and the risk of injurious motor vehicle crashes in elderly drivers. *American Journal of Epidemiology*, 136, 873-883.

Regeling eisen geschiktheid 2000, CBR. <http://wetten.overheid.nl/BWBR0011362/2016-07-07>

Slebus FG<sup>1</sup>, Kuijjer PP, Willems JH, Frings-Dresen MH, Sluiter JK. Work ability in sick-listed patients with major depressive disorder. *Occup Med (Lond)*. 2008 Oct;58(7):475-9. doi: 10.1093/occmed/kqn091. Epub 2008 Jul 30.

Weeke, A., & Vaeth, M. (1986). Excess mortality of bipolar and unipolar manic depressive patients. *Journal of Affective Disorders*, 11, 227-234.

Zwerver, Feico, Development and evaluation of an implementation strategy for insurance medicine guidelines for depression, proefschrift, Amsterdam 2012.

## 3. INTERVENTIES

### Uitgangsvraag

- Welke interventies zijn effectief bij het terugdringen van verminderd werkfunctioneren, arbeidsverzuim en instroom in arbeidsongeschiktheidsverzekeringen?

### Inleiding

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan interventies die effectief zijn om werkenden met een depressieve stoornis te ondersteunen. In de uitgangsvraag wordt onderscheid gemaakt tussen verminderd werkfunctioneren, arbeidsverzuim en instroom in arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Deze indeling wordt hier aangehouden.

Het beantwoorden van de uitgangsvraag is gebaseerd op wat er in de literatuur bekend is aan effectieve interventies bij werkenden met een depressieve stoornis gericht op behoud en terugkeer naar werk. De literatuurbestanden van CENTRAL(The Cochrane Library), MEDLINE, EMBASE, CINAHL en PsychInfo werden gescreend tot 1 januari 2014. Vervolgens is een selectie gemaakt van alle gerandomiseerd en clustergerandomiseerd, gecontroleerd onderzoek naar interventies bij mensen met depressie (of ernstige depressieve klachten) én met rapportage van tenminste één uitkomstmaat betreffende ziekteverzuim of werkhervatting.

De Cochrane Collaboration Systematic Review door Nieuwenhuijsen et al.(2014) is bruikbaar. Voor het systematische literatuuronderzoek selecteerden Nieuwenhuijsen et al. evaluatieonderzoeken van redelijke en hoge kwaliteit en met werkgerelateerde uitgangsmaten zoals beperking ziekteverzuim, terugkeer naar werk en als secundaire uitkomstmaten functioneren op het werk en ernst van de depressie. De interventie moest gericht zijn op werkenden met een matig ernstige of ernstige depressie (*MDD: major depressive disorder*). In totaal werden in het literatuuroverzicht 23 onderzoeken opgenomen met in totaal 26 interventiestudies en in totaal 5.996 deelnemers.

De review onderscheidt vijf verschillende groepen van interventies:

- Werkgericht
- Farmacotherapie
- Psychologische therapie
- Combinatie
- Beweging.

Naast de Cochrane Review werden nog een beperkt aantal studies geïdentificeerd die voldeden aan de inclusiecriteria. Eén RCT is gericht op het effect van een E-health interventie gericht op verbetering van functioneren op het werk.

### 3.1 Interventies gericht op functioneren op het werk

#### Werkgericht

Twee studies gericht op het effect van het toevoegen van een werkgerichte interventie aan een klinische interventie toonden geen verschil in uitkomst op functioneren op het werk.

<b>Matig GRADE</b>	Het toevoegen van een werkgerichte interventie aan een klinische interventie leidt bij een groep van werknemers met depressie niet tot verbetering van het functioneren op het werk.  <i>Nieuwenhuijsen 2014</i>
--------------------	--

#### Farmacotherapie

Eén studie vergeleek een SSRI met TCA en toonde geen effect op functioneren op het werk gemeten met de SAS work composite. Een andere studie die een SSRI met een SNRI vergeleek, toonde een gunstig effect aan t.a.v. functioneren op het werk gemeten met de Sheehan Disability Scale. Een derde studie die antidepressieve medicatie (TCA of MAO) vergeleek met een placebo toonde een gunstig effect aan gemeten met LIFE interview.

<b>Laag GRADE</b>	Farmacologische interventies bij werknemers een depressieve stoornis leiden tot verbetering van het functioneren op het werk gemeten met verschillende instrumenten.  <i>Nieuwenhuijsen 2014</i>
-------------------	--

#### Psychologische therapie

Onder psychologische therapie vallen verschillende vormen zoals psychodynamische psychotherapie, oplossingsgerichte psychotherapie, cognitieve gedragstherapie en andere vormen van psychotherapie. Op middellange termijn verbetert het functioneren op het werk meer bij kortdurende psychoanalytische steungevende psychotherapie (wekelijkse behandeling (psychoanalyse) gedurende 5-6 maanden) dan bij oplossingsgerichte therapie (een behandeling per 2-3 weken; niet meer dan 12 behandelingen in een periode van maximaal 8 maanden), gemeten met de werk-functioneren-schaal van de SAS. Maar in vergelijking met langdurige psychodynamische therapie (psychoanalyse 2 tot 3 x per week gedurende een periode van meer dan 6 maanden) is oplossingsgerichte therapie effectiever als het gaat om verbetering van functioneren op het werk. Op lange termijn (5-jaars follow-up) is er geen significant verschil tussen beide vormen van psychodynamische therapie (kort- en langdurend) ten opzichte van oplossingsgerichte therapie.

<b>Laag GRADE</b>	Kortdurende psychoanalytische steungevende psychotherapie lijkt op middellange termijn (tussen 1 maand en 1 jaar) effectiever dan oplossingsgerichte therapie als het gaat om verbetering van functioneren op het werk.  <i>Nieuwenhuijsen 2014</i>
-------------------	---



## Combinatie

In de review van Nieuwenhuijsen zijn drie studies geïnccludeerd die het effect van de combinatie van psychotherapie en medicatie hebben onderzocht op functioneren op het werk. Eén studie liet juist in de controlegroep (die gebruikelijke zorg kreeg) gunstig effect zien op functioneren op het werk in vergelijking met de interventiegroep. Een tweede studie, die de combinatie van psychotherapie met antidepressieve medicatie vergeleek met medicatie alleen, leidde tot niet significante uitkomsten op functioneren op het werk. Een derde studie, eveneens een combinatie van psychotherapie en medicatie, bracht aan het licht dat het functioneren op het werk op lange termijn (24 maanden) gemeten op een zelf gerapporteerde schaal van 0-10 was verbeterd in de interventiegroep.

<b>Laag Grade</b>	Een combinatietherapie van zowel psychologische interventie als antidepressieve medicatie is op lange termijn effectief ten aanzien van verbetering van het functioneren op het werk. <i>Nieuwenhuijsen 2014</i>
-------------------	---

## Beweging

Er waren geen interventies die functioneren op het werk als uitkomstmaat hadden.

## E-health

Het gaat om een webbased interventie (Happy@Work) gebaseerd op oplossingsgerichte therapie en cognitieve gedragstherapie bij werknemers met depressieve klachten die niet verzuimen. Er bleek geen significant verschil aantoonbaar tussen de interventie- en controlegroep op functioneren op het werk gemeten met de Health and Work Performance Questionnaire (HWPQ).

<b>Laag Grade</b>	Een webbased interventie leidt tot niet een verbetering van functioneren op het werk. <i>B1: Geraedts 2014</i>
-------------------	---

## 3.2 Interventies gericht op beperking arbeidsverzuim en instroom in arbeidsongeschiktheidsverzekeringen

Naast de Cochrane review werden nog een beperkt aantal studies geïdentificeerd die voldeden aan de inclusiecriteria. De systematisch review van Odeen et al. richtte zich op interventies om ziekteverzuim ongeacht de diagnose te voorkomen en te beperken. Eén RCT was gericht op het voorkomen van ziekteverzuim als gevolg van depressie.

De volgende indeling van interventies wordt aangehouden:

- Werkgericht
- Farmacotherapie

- Psychologische therapie
- Combinatie
- Beweging.

## Werkgericht

Er is bewijs van matige kwaliteit voor een positief effect op het ziekteverzuim als een werkgerichte interventie<sup>2</sup> wordt toegevoegd aan een klinische interventie. Een samengestelde interventie bestaande uit coaching gericht op aanpassing van het werk, coördineren van zorg en cognitieve gedragstherapie, was effectief op beperking van het aantal ziektedagen. Een interventie die de toevoeging van meer klinische zorg vergeleek met de gebruikelijke zorg door bedrijfsartsen was niet effectiever om ziekteverzuim terug te dringen dan de gebruikelijk zorg. Een op exposure gebaseerde terugkeer naar werk interventie leidde niet tot vermindering van ziekteverzuim. Het bewijs hiervoor was van zeer lage kwaliteit.

<b>Matig GRADE</b>	Werkgerichte interventies toegevoegd aan een klinische interventie bij werknemers een depressieve stoornis leiden tot minder ziekteverzuim. <i>Nieuwenhuijsen 2014</i>
--------------------	---

<b>Matig GRADE</b>	Een klinische interventie toegevoegd aan een werkgerichte interventie bij werknemers een depressieve stoornis leidt niet tot minder ziekteverzuim. <i>Nieuwenhuijsen 2014</i>
--------------------	--

## Farmacotherapie

Drie studies vergeleken de impact van een SSRI met een SNRI bij werkenden met een depressieve stoornis. De resultaten waren zeer inconsistent. In twee van de drie studies werd geen verschil gevonden in ziekteverzuim tussen de twee groepen. Een vergelijking van de ene SSRI met de andere toonde aan dat Escilatopram en groter effect had op terugdringen van het ziekteverzuim dan Citalopram. In één studie werd een SSRI vergeleken met TCA medicatie. Er was geen verschil in terugbrengen van ziekteverzuim. Er is bewijs van lage kwaliteit dat een TCA of MAO vergeleken met een placebo niet leidt tot vermindering van het ziekteverzuim.

<b>Laag GRADE</b>	Farmacologische interventies bij werknemers met een depressieve stoornis leiden niet tot terugdringing van het ziekteverzuim. <i>Nieuwenhuijsen 2014</i>
-------------------	---

<sup>2</sup> De werkinterventies hadden als kenmerken:

- werkaanpassingen: aanpassingen werkuren of takenpakket
- ondersteuning: begeleiding van de werkende om te leren omgaan met depressie op het werk

## Psychologische therapie

Drie studies vergeleken het effect van telefonische en online CGT met de gebruikelijke zorg. De telefonische en online CGT leidde tot minder ziekteverzuim dan gebruikelijk zorg.

<b>Matig GRADE</b>	Telefonische en online CGT leidt tot minder ziekteverzuim dan gebruikelijke zorg. <i>Nieuwenhuijsen 2014</i>
--------------------	---

## Combinatie

Vijf studies werden betrokken bij dit onderdeel van inventarisatie van interventies. De eerste studie evalueerde het effect van psychodynamische therapie in combinatie met een TCA met alleen TCA medicatie. Er is kwalitatief laag bewijs dat de combinatietherapie meer effect resulteert dan de TCA medicatie alleen. Drie studies over het effect van psychologische interventies gecombineerd met antidepressieve medicatie versus geen interventie of 'care as usual' konden worden geïnccludeerd. Twee studies samen leverden een lage kwaliteit van bewijs dat er geen effect was van de combinatie therapie op het ziekteverzuim. Een derde studie kon niet worden geïnccludeerd. Een andere studie keek naar een andere vorm van interventie, te weten een gestructureerde telefonische hulpverlening in combinatie met een zorgmanagement programma en vergeleek die met 'usual care'. Er is bewijs van hoge kwaliteit dat deze interventie effectief is op ziekteverzuim. Slechts één studie rapporteerde over lange termijn uitkomsten van een vergelijking tussen een combinatietherapie van psychologische interventie met antidepressieve medicatie versus geen interventie of 'care as usual'. De data waren niet voldoende om een SMD in dagen ziekteverzuim te kunnen berekenen.

<b>Hoog GRADE</b>	Een combinatie van een gestructureerde telefonische hulpverlening in combinatie met een zorg management programma (waaronder medicatie) leidt tot minder ziekteverzuim vergeleken met gebruikelijke zorg. <i>Nieuwenhuijsen 2014</i>
-------------------	---

In aanvulling op de Cochrane review werd één studie gevonden. Lexis et al. concludeerden dat cognitieve gedragstherapie (CGT) met probleemoplossende therapie (PST) in combinatie met een eigen inbreng van de cliënt t.a.v. de onderwerpen die aan bod komen, het aantal ziektedagen reduceerde met 46% maar alleen in het eerste jaar. Er was geen effect op de frequentie van ziekmelden.

<b>Hoog GRADE</b>	Een combinatie van cognitieve en probleemoplossende psychotherapie leidt tot een daling van het aantal ziektedagen bij werkenden met een hoog risico op toekomstig verzuim. <i>Lexis 2010</i>
-------------------	--

## Beweging

Bij dit onderdeel van de review werden twee studies geïnccludeerd waarvan één twee interventies onderzocht. Er is bewijs van lage kwaliteit gebaseerd op één studie dat kracht-oefeningen onder toezicht meer effectief zijn dan ontspanning in terugbrengen van het aantal ziektedagen. De gegevens van de twee studies leverden bewijs op van matige kwaliteit dat aerobic oefeningen niet effectiever zijn dan ontspanning of stretchen om ziekteverzuim terug te dringen.

<b>Laag GRADE</b>	Bewegingstherapie in de vorm van krachtoefeningen onder toezicht is mogelijk meer effectief dan ontspanning ten aanzien van terugdringen van ziekteverzuim. <i>Nieuwenhuijsen 2014</i>
-------------------	---

<b>Matig GRADE</b>	Aerobic therapie is niet effectiever dan ontspanning of stretchen ten aanzien van terugdringen van ziekteverzuim. <i>Nieuwenhuijsen 2014</i>
--------------------	---

### 3.3. Overige overwegingen

#### Behandelvormen die niet zijn opgenomen in de multidisciplinaire richtlijn Depressie

Er zijn in de literatuur aanwijzingen gevonden dat kortdurende psychodynamische steungevende psychotherapie een effectieve behandeling is voor depressie met en zonder persoonlijkheidsproblematiek. (Driessen e.a. 2013, De Jonghe de e.a. 2013, De Jonghe e.a. 2004) Het effect van KPSP is beter dan een behandeling met medicatie alleen en vergelijkbaar met andere bewezen effectieve behandelingen voor depressie zoals IPT en CGT.

Voor mindfulness zijn aanwijzingen gevonden voor effectiviteit bij mensen met recidiverende depressies. Uit een meta-analyse van 9 studies (Kuyken e.a. 2016) bleken mensen die *Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)* hadden gevolgd, gedurende een vervolgperiode van 60 weken 31% minder kans te hebben om opnieuw in een depressie te raken dan mensen die geen MBCT hadden gevolgd. Uit promotieonderzoek van Van Aalderen (2016) blijkt dat deelnemers met een huidige depressieve stoornis evenveel kunnen profiteren van MBCT als deelnemers die niet meer depressief zijn. Vergeleken met deelnemers zonder huidige depressie, lieten patiënten met een actuele depressie een even grote afname van depressieve klachten en piekerklachten zien.

#### Wachttijd voor passende behandeling

De projectgroep heeft bij het bespreken van effectieve interventies de zorg uitgesproken over de wachttijd voor Gespecialiseerde GGZ. Deze bedraagt nu (2016) zes tot negen maanden, terwijl uit de literatuur blijkt dat een aantal interventies effectief zijn voor het functioneren op het werk en voor beperken van het ziekteverzuim. Een ander probleem is dat zowel in de Gespecialiseerde als in de Basis GGZ (onder ander bij POH-GGZ) de aandacht voor werk en werkgerichte effectieve interventies niet altijd voldoende is.

In de herzieningen van de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (Trimbos, 2013) en in de NHG-Standaard Depressie (2012) zou – nog – meer aandacht besteed kunnen worden aan de samenhang tussen depressie en arbeid.

### **Werkgerichte interventies**

In de projectgroep vond nog een aanvullende discussie plaats over de literatuur die door experts in de commentaarronde is ingebracht. Het gaat om de publicaties door van Vilsteren e.a. (2015) en Boot e.a. (2013).

Van Vilsteren e.a (2015) includeerden in een Cochrane Review veertien RCT's die het effect van werkgerichte interventies op terugkeer naar werk onderzochten. Vijf van deze studies betroffen werken met psychische problemen (waaronder depressie). In slechts één studie werd bewijs gevonden voor een snellere terugkeer naar werk door een werkgerichte interventie, maar geen vermindering van de duur van het ziekteverzuim. De andere studies lieten geen effect zien op terugkeer naar werk. De conclusie van de auteurs is dat er meer onderzoek nodig is naar interventies die effectief zijn voor terugkeer naar werk bij werkenden met psychische problemen. Ze geven verder aan dat een klinische interventie alleen in ieder geval geen verbetering geeft van werk-gerelateerde uitkomstmaten.

Boot e.a. (2013) onderzochten de behoefte aan werkaanpassingen en het effect daarvan op ziekteverzuim bij chronisch zieken. Voor alle groepen chronisch zieken geldt dat de behoefte aan werkaanpassingen hoger is (30%) dan de implementatie ervan (22%). Bij chronische zieken vanwege een psychische aandoening zijn deze percentages hoger, resp. 42% en 33%. Werkaanpassingen leidden in de onderzochte populatie tot een afname van het ziekteverzuim. De auteurs geven als aanbeveling om werkaanpassingen vaker te overwegen bij werkenden met een chronische aandoening.

De projectgroep heeft op basis van de bevindingen uit de literatuursearch en bovenstaande discussie geconcludeerd dat werkgerichte interventies voor werkenden met een depressie het ziekteverzuim kunnen verminderen, maar dat er nog wel verder onderzoek nodig is naar effectieve interventies.

### **Samenwerking**

De samenwerking tussen psychiaters, psychologen, huisartsen, POH GGZ, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen kan nog steeds verder verbeterd worden. Aandachtspunten uit de LESA Overspanning en burnout (NGV, NVAB, LvE 2011):

- Om tot een goede afstemming te komen tussen de verschillende disciplines is het noodzakelijk overeenstemming te hebben over behandeldoelen, de gebruikte methodes en elkaars rol.
- Er is niet altijd daadwerkelijk contact nodig: vaak is het op de hoogte zijn van elkaars bedoelingen en inzet al voldoende om tot een goede afstemming in het behandelen te komen. Vooral bij stagnatie van het herstelproces worden overleg en afstemming aanbevolen.
- Zorg voor adequate bereikbaarheid en berichtgeving over belangrijke veranderingen in het beloop.
- Overleg als er een verschil van mening tussen de behandelaars bestaat over de diagnose of het beleid.

- Motiveer bij arbeidsconflicten de patiënt om het conflict op de werkplek op te lossen en waak ervoor dat de behandelaar meegetrokken of uitgespeeld worden. De bedrijfsarts geeft aan de patiënt, andere behandelaars en de werkgever inzicht in de kenmerken van een conflict en schetst het risico dat door bestending van 'het ziekteverzuim' een schijnoplossing ontstaat met een groot risico op langdurig verzuim en verlies van werk. De bedrijfsarts adviseert een onafhankelijke mediation of bemiddeling als na twee weken nog geen de-escalerende ontwikkelingen zichtbaar zijn.

Voorwaarde voor informatieverstrekking is dat de patiënt gerichte toestemming geeft. Met deze toestemming kan informatie zowel schriftelijk als mondeling uitgewisseld worden tussen de betrokken behandelaars.

Verwijsindicaties:

- Voor huisarts en bedrijfsarts bestaat een indicatie voor verwijzen naar de eerstelijnspsycholoog, wanneer:
  - er stagnatie optreedt bij het herstel van de depressie en de bedrijfsarts of huisarts geen mogelijkheden ziet om de stagnatie op te heffen.
  - interventies van de bedrijfsarts of huisarts om de stagnatie op te heffen.
  - er twijfel is over de diagnose.
- Voor de eerstelijnspsycholoog en huisarts bestaat een indicatie voor het inschakelen van de bedrijfsarts, wanneer:
  - er sprake is van een arbeidsconflict.
  - er werkgerelateerde stressoren zijn die met de overspanning samenhangen.
  - werkgerelateerde factoren het herstel- (proces) en/of werkhervatting belemmeren.
- Voor de bedrijfsarts bestaat een indicatie voor verwijzen naar de huisarts, wanneer:
  - oorzaken van overspanning of stagnatie in het herstelproces vooral in de privésfeer liggen.
- Verwijzing naar de tweedelijns GGZ is geïndiceerd:
  - bij het uitblijven van verbetering ondanks begeleiding door de eerstelijnspsycholoog.
  - bij psychiatrische problematiek waarbij er in de eerste lijn onvoldoende behandelingsmogelijkheden zijn.

Als verwijzing plaatsvindt (binnen de eerstelijns of naar de tweedelijns), geeft de projectgroep aan dat de patiënt binnen twee weken na verwijzing terecht moet kunnen bij de behandelaar waarnaar verwezen wordt.

### Aandachtspunten in relatie tot de Zorgstandaard Depressie

De Zorgstandaard Depressie (2011, herziene versie verwacht begin 2017) adviseert om een individueel zorgplan op te stellen. Een individueel zorgplan helpt iemand inzicht te krijgen in het ziekteproces, stimuleert zelfmanagement en legt daarmee de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid bij de patiënt zelf. In dit plan wordt nadrukkelijk gebruik gemaakt van de zelfkennis van een patiënt. Het individuele zorgplan is een belangrijk hulpmiddel bij het maken, realiseren en evalueren van afspraken over de te leveren zorg en ondersteuning. Het is bij uitstek het middel voor de communicatie tussen de zorgverlener(s) en de patiënt en zijn omgeving.

Het individuele zorgplan is extra belangrijk voor werkenden die 6 weken of langer verzuimen. Daar zijn zowel een behandelplan vanuit de zorgverleners als een plan van aanpak vanuit de Wet Verbetering Poortwachter aanwezig. Het is van belang deze plannen onderling op

elkaar af te stemmen en eventuele tegenstrijdigheden vroegtijdig op te lossen. Dit gebeurt door overleg tussen zorgverlener en bedrijfsarts.

Een individueel zorgplan bevat:

- de aard van de problematiek
- de behandeldoelen
- hoe de patiënt gaat werken aan zijn doelen
- de afspraken over wanneer wie gaat doen
- de taken voor de zorgverlener
- de taken voor de patiënt
- het hanteren van risicofactoren.

### 3.4. Aanbevelingen

- Adviseer interventies conform de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie, omdat deze het functioneren op het werk kunnen verbeteren.
  - Voeg werkgerichte interventies toe aan een klinische interventie:
    - taakaanpassingen (op basis van de cognitieve, affectieve en energetische beperkingen)
    - urenvermindering (op basis van de vitaliteits-/energetische beperkingen)
  - Overweeg bij een lange wachttijd voor Gespecialiseerde GGZ (ten tijde van publicatie van deze richtlijn: 6 – 9 maanden) naar een gespecialiseerd behandelcentrum met een korte wachttijd (want een lange wachttijd beïnvloedt de prognose op functioneren, duur tot terugkeer naar werk en mate van arbeidsongeschiktheid negatief).
  - Maak voor overleg, afstemming en verwijzing gebruik van de aanbevelingen uit de LESA Overspanning en burnout (2011).
  - Zorg voor afstemming van het plan van aanpak (Wet verbetering poortwachter) met het individuele zorgplan (zorgstandaard Depressie).
- 

### Referenties

Bastiaanssen M, Loo MAJM, Terluin B., Vendrig L., Verschuren C. Landelijke eerstelijns samenwerkingsafspraken (LESA) Overspanning en burn-out, herziening 2011. NVAB, NHG en LvE.

Boot CRL, van den Heuvel SG, Bultmann U, de Boer AGEM, Koppes LLJ, van der Beek AJ. Work Adjustments in a Representative Sample of Employees with a Chronic Disease in the Netherlands. J Occup Rehabil (2013) 23:200–208

Driessen, E., Van, H.L., Don, F.J., Peen, J., Kool, S., Westra, D., et al. (2013). The efficacy of Cognitive Behavioral Therapy and Psychodynamic Therapy in the outpatient treatment of major depression: a randomized clinical trial. American Journal of Psychiatry (Am J Psychiatry 2013; 170:1041–1050).

Geraedts AS, Kleiboer AM, Twisk J, Wiezer NM, van Mechelen W, Cuijpers P. Long-term results of a web-based guided self-help intervention for employees with depressive symptoms: randomized controlled trial. J Med Internet Res. 2014 Jul 9;16(7):e168.

De Jonghe, F.E.R.E.R. (2005). Kort en Krachtig. [Short and Sweet]. Amsterdam: Benecke N.I.

De Jonghe F, Hendriksen M, van Aalst G, Kool S, Peen J, Van R, van den Eijnden E, Dekker J. Psychotherapy alone and combined with pharmacotherapy in the treatment of depression. Br J Psychiatry 2004; 185: 37- 45.



De Jonghe, F.E.R.E.R., de Maat, S., Van, H.L., Hendriksen, M., Kool, S., van Aalst, G., Schoevers, R.A., & Dekker, J. (2013). Short-term Psychoanalytic Supportive Psychotherapy for depressed patients. *Psychoanalytic Inquiry*.

Willem Kuyken, Fiona, Rod C.

Warren, S. Taylor, Ben Whalley, Catherine Crane, Guido Bondolfi, Rachel Hayes, Marloes Huijbers, Helen Ma, Susanne Schweizer, Zindel Segal, Anne Speckens, John D. Teasdale, Kees Van Heeringen, Mark Williams, Sarah Byford, Richard Byng, Tim Dalgleish. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(6):565-574. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.0076.

Lexis MA, Jansen NW, Stevens FC, van Amelsvoort LG, Kant I. Experience of health complaints and help seeking behavior in employees screened for depressive complaints and risk of future sickness absence. *J Occup Rehabil*. 2010 Dec;20(4):537-46.

Nieuwenhuijsen K, Faber B, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Hees HL, Verhoeven AC, van der Feltz-Cornelis CM, Bültmann U. Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Dec 3;12:CD006237.

Vilsteren M, van Oostrom SH, de Vet HCW, Franche RL, Boot CRL, Anema JR. Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 10. Art. No.: CD006955. DOI:10.1002/14651858.CD006955.pub3.

Zorgstandaard Depressie, Trimbosinstituut 2011. Herziening gereed begin 2017  
<http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/project/zorgstandaard-depressie-dysthymie/>

## 4. PROGNOSE

### Uitgangsvraag

- Welke factoren hebben een gunstige of ongunstige invloed op de prognose van a) functioneren in werk, b) terugkeer naar werk of opnieuw uitvallen, en c) instroom in arbeidsongeschiktheidsregelingen?

### Inleiding

Het beoordelen van en adviseren over de prognose behoort tot het werk van zowel de bedrijfsarts als de verzekeringsarts. Het stellen van de prognose is, naast het beoordelen van de sociaal medische voorgeschiedenis, het beoordelen van de functionele mogelijkheden en het beoordelen van de adequaatheid van behandeling en begeleiding, één van de vier beoordelingstaken van de verzekeringsarts (Gezondheidsraad 2006). Ook voor de bedrijfsarts is inzicht in de prognose van belang omdat de aard en inhoud van de sociaal-medische begeleiding hier in belangrijke mate door beïnvloed wordt.

Hieronder worden een aantal factoren beschreven die bij werkenden met een depressie van voorspellende waarde zijn voor functioneren in werk, terugkeren naar werk of instromen in een arbeidsongeschiktheidsregeling en opnieuw uitvallen. In tabel 2 worden alle factoren en waar ze invloed op hebben samengevat. Op een aantal gebieden bleken na het literatuuronderzoek kennislacunes te zijn. Deze worden genoemd in bijlage 4.

### Zoekstrategie

Er is gezocht met de volgende termen: Depressive Disorder/ DEPRESSION/ Adjustment Disorders/ Mood Disorders/ Affective Symptoms/ Occupational Therapy/ Occupational Diseases/ Occupational Medicine/ Disability Evaluation/ WORK/ return to work/ occupational therapy/occupational intervention/ supported employment/ employment/ vocational rehabilitation/ work capacity evaluation/ vocational guidance/ absenteeism/ occupational health services/ occupational health/ unemployed/ employed/ unemployment/ sick leave/ sick\$ absence/ retirement/ disability pension/ occupation/. Job/ Vocational. Deze search leverde uiteindelijk 13 artikelen op die betrekking hadden op depressie. Later is daar het artikel van Nordel (2012) nog aan toegevoegd.

De systematische review van Lagerveld et al. (2010) bleek een goede basis te zijn voor het beantwoorden van deze uitgangsvraag. Zij richtten zich op factoren die invloed kunnen hebben op arbeidsparticipatie en functioneren op het werk van werknemers met een depressie, waarbij depressie wordt gedefinieerd als dysthymie of depressieve stoornis. De depressie werd vastgesteld volgens de criteria van DSM-IV of de ICD-10 methode of via een gevalideerd instrument voor zelfrapportage (BDI, HDRS of CES-D). Voor het systematisch literatuuronderzoek selecteerden Lagerveld et al. 25 onderzoeken waar in totaal 33 factoren worden onderzocht en beschreven. Voor de meeste factoren vinden zij onvoldoende bewijs over de invloed op functioneren in werk of terugkeer naar werk. De factoren die wel van invloed lijken te zijn worden hieronder beschreven.

Het review onderscheidt drie groepen factoren die een gunstige of ongunstige invloed hebben op de prognose van functioneren in werk, terugkeer naar werk, opnieuw uitvallen of instroom in arbeidsongeschiktheidsuitkeringen:

- Ziektegerelateerde factoren
- Werkgerelateerde factoren
- Persoonsgebonden factoren.

Voor de opbouw van dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van deze indeling, aangevuld met overige factoren die in andere literatuur naar voren zijn gekomen.

## 4.1 Functioneren op het werk

Lagerveld et al. (2010) keken, als enige, in hun review onder andere naar functioneren op het werk. Hieronder verstaan zij productiviteitsverlies van de werknemer en beperkingen tijdens het werken. De hieronder genoemde factoren en de voorspellende waarden ervan staan samengevat in tabel 2.

### Ziektegerelateerde factoren

Lagerveld et al. (2010) concluderen in hun systematische review dat de ernst van depressie en de klinische verbetering van de patiënt invloed hebben op de beperkingen die een werknemer met een depressie ervaart tijdens zijn werk en op de productiviteit van de werknemer.

<b>Matig GRADE</b>	Een depressieve stoornis, in vergelijking met een dysthymie, leidt tot meer beperkingen tijdens het werken. <i>Lagerveld 2010</i>
<b>Laag GRADE</b>	Een depressieve stoornis is geassocieerd met productiviteitsverlies van de werknemer op werk. <i>Lagerveld 2010</i>
<b>Matig GRADE</b>	Klinische verbetering van de depressie gaat gepaard met een verhoging van de productiviteit. <i>Lagerveld 2010</i>
<b>Laag GRADE</b>	Stagnatie in het herstel van een depressie gaat gepaard met meer beperkingen op het werk. <i>Lagerveld 2010</i>

### Factoren zonder voorspellende waarde

Naast de bovenstaande factoren hebben Lagerveld et al. ook andere factoren onderzocht op voorspellende waarde. Zij vonden onvoldoende bewijs voor een relatie tussen de ernst van de depressie of eerdere suïcide pogingen en productiviteitsverlies op het werk.

### Persoonsgebonden factoren

Lagerveld et al. (2010) hebben ook onderzocht welke persoonsgebonden factoren van voorspellende waarde zijn bij het functioneren in werk van werknemers met een depressie. Zij concluderen dat zelfvertrouwen, neuroticisme en een 'external locus of control' een voorspellende waarde hebben.

<b>Laag GRADE</b>	Er is beperkt bewijs dat laag zelfvertrouwen, neuroticisme en ' external locus of control' kunnen leiden tot beperkingen op het werk.  <i>Lagerveld 2010</i>
-------------------	--

### Factoren zonder voorspellende waarde

Lagerveld et al. (2010) onderzochten ook de voorspellende waarde van geslacht en het effect hiervan op beperkingen op het werk maar vonden hier onvoldoende bewijs voor. Daarnaast hebben ze ook een enkele werkgerelateerde factor onderzocht: type werkzaamheden. Ook voor deze factor vonden ze onvoldoende bewijs voor een relatie tussen type werkzaamheden en beperkingen op werk.

### Samenvatting voorspellende factoren voor functioneren op het werk

**Tabel 2. Functioneren op het werk**

Factor	Beperkingen tijdens het werken	Productiviteit	Legenda
<b>ziektegerelateerd</b>			+ betekent dat de factor de prognose positief beïnvloedt  - betekent dat de factor de prognose in negatieve zin beïnvloedt  Sterk of niveau 1 bewijs: +++ of - - - Matig of niveau 2 bewijs: ++ of - - Beperkt of niveau 3 bewijs: + of - Onvoldoende/niet significant bewijs: 0
Ernst van depressie	- -	-	
Klinische stagnatie	-		
Klinische verbetering		++	
Eerdere suïcide poging		0	
<b>persoonsgebonden</b>			
Zelfvertrouwen (laag)	-		
Neuroticisme	-		
'External locus of control'	-		
Geslacht	0		
<b>werkgerelateerd</b>			
Type werkzaamheden/beroep	0		

## 4.2 Terugkeer naar werk en instroom in arbeidsongeschiktheidsregelingen

Drie studies onderzochten veel verschillende voorspellende factoren voor terugkeer naar werk bij werknemers met een depressie. Onderzoek naar voorspellende factoren voor de instroom in arbeidsongeschiktheidsregelingen is minder populair, slechts één studie heeft specifiek onderzoek gedaan naar de instroom in arbeidsongeschiktheidsregelingen van werknemers met een depressie. Daarnaast hebben Lagerveld et al. (2010) gekeken naar voorspellende factoren voor arbeidsongeschiktheid, die impliciet ook iets zeggen over de instroom in arbeidsongeschiktheidsregelingen. De genoemde factoren in dit (deel)hoofdstuk en de voorspellende waarden ervan staan samengevat in tabel 3.

Mäntyniemi et al. (2012) onderzochten verschillende factoren en hun invloed op de instroom in arbeidsongeschiktheidsregelingen. Zij vinden in hun onderzoek geen factoren die, met betrekking tot depressie, de instroom in een arbeidsongeschiktheidsregeling voorspellen.

### Ziektegerelateerde factoren

- **duur depressieve episode**

Lagerveld et al. (2010) onderzochten het effect van de duur van de depressie op de mate van arbeidsongeschiktheid. Zij vonden sterk bewijs dat een langere duur van de depressie een negatief effect had op de mate van arbeidsongeschiktheid.

<b>Sterk GRADE</b>	Een langere duur van de depressieve episode samenhangt met een verhoogde mate van arbeidsongeschiktheid. <i>Lagerveld 2010</i>
--------------------	---

- **ernst van de depressie/symptomen disorder**

Twee studies hebben de ernst van de depressie of depressieve symptomen en hun invloed op de prognose van werknemers met een depressie onderzocht. Wederom kijken Lagerveld et al. (2010) naar het effect op arbeidsongeschiktheid. Zij concluderen dat de ernst van de depressie samenhangt met de mate van arbeidsongeschiktheid. Vemer et al. (2013) kijken naar de tijd tot terugkeer naar werk. Vemer et al. (2013) concluderen dat de ernst van de depressie, gemeten volgens de PHQ-9, geen voorspeller is voor de tijd tot terugkeer naar werk.

<b>Matig GRADE</b>	De ernst van de depressie hangt samen met de mate van arbeidsongeschiktheid. <i>Lagerveld 2010</i>
<b>Niveau 3</b>	De ernst van de depressie, gemeten volgens de PHQ-9, is geen voorspeller voor de tijd tot terugkeer naar werk. <i>C: Vemer 2013</i>

- **psychische co-morbiditeit (bij werkenden met een depressie)**

Lagerveld et al. (2010) hebben gekeken naar de voorspellende waarde van psychische co-morbiditeit voor arbeidsongeschiktheid. Ebrahim et al. (2013) hebben deze factor onderzocht voor het effect op de duur van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. Beiden concluderen dat psychische comorbiditeit een negatief effect heeft op de mate en duur van arbeidsongeschiktheid(uitkeringen). Psychische comorbiditeit wordt geassocieerd met een verhoogde mate van arbeidsongeschiktheid en een langere duur van de arbeidsongeschiktheidsuitkering.

<b>Matig GRADE</b>	Psychische comorbiditeit heeft een negatief effect heeft op de mate van arbeidsongeschiktheid. <i>Lagerveld 2010</i>
<b>Niveau 3</b>	Een psychische aandoening hebben als secundaire diagnose is een voorspeller voor een langere duur van de arbeidsongeschiktheidsuitkering. <i>C: Ebrahim 2013</i>

- **fysieke comorbiditeit (bij werkenden met een depressie):**

Drie studies hebben de voorspellende waarde van fysieke comorbiditeit voor depressieve werknemers onderzocht. Lagerveld et al. (2010) onderzocht het effect op de mate van arbeidsongeschiktheid, Ebrahim et al. (2013) keken naar het effect op de duur van de arbeidsongeschiktheidsuitkering en Vemer et al. (2013) onderzochten het effect op de tijd tot terugkeer naar werk. Lagerveld et al. en Ebrahim et al. vonden (gematigd) bewijs dat fysieke comorbiditeit een negatief voorspellende waarde had voor zowel de mate van arbeidsongeschiktheid als de duur van de arbeidsongeschiktheidsuitkering. Het blijkt volgens Vemer et al. (2013) echter geen voorspeller voor tijd tot terugkeer naar werk te zijn.

<b>Matig GRADE</b>	Fysieke comorbiditeit hangt samen met een verhoogde mate van arbeidsongeschiktheid. <i>Lagerveld 2010</i>
<b>Niveau 3</b>	Fysieke comorbiditeit is geen voorspeller voor de tijd tot terugkeer naar werk. <i>C: Vemer 2013</i>
<b>Niveau 3</b>	Fysieke comorbiditeit heeft een negatief effect op de duur van de arbeidsongeschiktheidsuitkering. <i>C: Ebrahim 2013</i>

- **eerdere episodes**

Twee studies onderzochten de voorspellende waarde van recidiverende depressie of eerdere episodes van een depressie op de tijd tot terugkeer naar werk en mate van arbeidsongeschiktheid. Het blijkt dat het hebben gehad van eerdere episodes van depressie een negatieve invloed heeft op zowel tijd tot terugkeer naar werk als de mate van arbeidsongeschiktheid.

<b>Laag GRADE</b>	Eerdere episodes van depressie of recidiverende depressie is een voorspeller voor een verhoogde mate van arbeidsongeschiktheid. <i>Lagerveld 2010</i>
<b>Niveau 3</b>	Eerdere episodes of recidiverende depressie zijn een is een voorspeller voor een langere duur van de arbeidsongeschiktheidsuitkering. <i>C: Ebrahim 2013</i>

- **klinische stagnatie/verbetering**

Lagerveld et al. (2010) hebben de voorspellende waarde van stagnatie in het herstel of verbetering onderzocht en het effect hiervan op de mate van arbeidsongeschiktheid en het beëindigen van het dienstverband bij werknemers met een depressie. Zij vonden beperkt bewijs dat stagnatie van voorspellende waarde is voor zowel arbeidsongeschiktheid als het beëindigen van het dienstverband.

<b>Laag GRADE</b>	Klinische stagnatie samenhangt met een verhoogde mate van arbeidsongeschiktheid en het beëindigen van het dienstverband. <i>Lagerveld 2010</i>
-------------------	---

- **gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (health related quality of life)**

Vemer et al. (2013) onderzochten (naast andere factoren) de voorspellende waarde van de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (health related quality of life). Zij concluderen dat kwaliteit van leven, gemeten met de SF-6D, een voorspeller is voor tijd tot terugkeer naar werk.

<b>Niveau 3</b>	Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (HRQoL), gemeten met de SF-6D, is een voorspeller voor tijd tot terugkeer naar werk bij werknemers met een depressie. <i>C: Vemer 2013.</i>
-----------------	--

- **factoren zonder voorspellende waarde**

Lagerveld et al. hebben onderzocht of suïcide pogingen in het verleden een voorspellende factor is voor de mate van arbeidsongeschiktheid. Hier vonden zij onvoldoende bewijs voor. Daarnaast onderzochten Lagerveld et al. het effect van diverse factoren op de mate van arbeidsongeschiktheid, ook het effect van factoren op beëindiging van het dienstverband onderzocht. Zij vonden echter onvoldoende bewijs dat de ernst van de symptomen invloed heeft op het beëindigen van het dienstverband.

### **Persoonsgebonden factoren**

Een groot scala aan persoonsgebonden factoren is onderzocht die van voorspellende waarde kunnen zijn bij het terugkeren in werk of de instroom in arbeidsongeschiktheidsregelingen. Deze factoren zouden het terugkeren in werk bij medewerkers met een depressie kunnen versnellen maar ook vertragen. Er is één systematisch literatuuronderzoek dat persoonsgebonden factoren en de voorspellende waarde van deze factoren op terugkeer naar werk en de instroom in arbeidsongeschiktheidsregelingen heeft onderzocht. De volgende voorspellende factoren worden genoemd in de diverse onderzoeken.

- **leeftijd**

Drie studies onderzoeken de voorspellende waarde van leeftijd bij werknemers met een depressie en het effect op tijd tot terugkeer naar werk of de duur van de arbeidsongeschiktheidsuitkering. Alle drie de studies concluderen dat oudere werknemers (>50 jaar) met een depressie een langere tijd tot terugkeer naar werk (en een langere duur van de arbeidsongeschiktheidsuitkering) hebben dan jongere werknemers met een depressie.

Twee onderzoeken, waaronder een systematisch literatuuronderzoek, onderzochten de voorspellende waarde van leeftijd op de mate van arbeidsongeschiktheid. Beide concluderen dat werknemers met een depressie van hogere leeftijd (>50) een grotere kans hebben op de mate van arbeidsongeschiktheid.

Tot slot keken Lagerveld et al. (2010) naar het mogelijke verband tussen de leeftijd van werknemers met een depressie en het beëindigen van het dienstverband. Zij vonden echter onvoldoende bewijs voor een verband.



<b>Niveau 3</b>	Oudere werknemers (>50 jaar) met een depressie verzuimen langer en hebben dus een langere tijd tot terugkeer naar werk. <i>B: Koopmans 2008</i> <i>C: Ebrahim 2013, Vemer 2013</i>
<b>Matig GRADE</b>	Een hogere leeftijd (>50 jaar) heeft een negatieve invloed heeft op de mate van arbeidsongeschiktheid. <i>Lagerveld 2010</i>
<b>Niveau 3</b>	Oudere werknemers hebben een grotere kans op arbeidsongeschiktheid. <i>B: Koopmans 2008</i>
<b>Onvoldoende bewijs GRADE</b>	De leeftijd van werknemers met een depressie heeft invloed op het beëindigen van het dienstverband. <i>Lagerveld 2010</i>

- **geslacht**

Vier studies hebben onderzocht of geslacht een voorspellende factor is voor tijd tot terugkeer naar werk. Hierbij werden tegenstrijdige gegevens gevonden. Twee studies kwamen tot de conclusie dat vrouwen een langere tijd tot terugkeer naar werk hebben (of langer verzuim hebben). Daarnaast was er één studie die geen voorspellende waarde vond voor geslacht.

Lagerveld et al. onderzochten de voorspellende waarde van geslacht voor de mate van arbeidsongeschiktheid en het beëindigen van het dienstverband. Zij moesten echter concluderen dat geslacht geen voorspellende factor is voor zowel de mate van arbeidsongeschiktheid als het beëindigen van het dienstverband.

<b>Niveau 3</b>	Er zijn tegenstrijdige gegevens voor de invloed van geslacht op tijd tot terugkeer naar werk. <i>B: Koopmans 2008</i> <i>C: Vemer 2013, Ebrahim 2013,</i>
<b>Onvoldoende bewijs GRADE</b>	Geslacht is geen voorspellende factor voor de mate van arbeidsongeschiktheid of het beëindigen van het dienstverband. <i>Lagerveld 2010</i>

- **gezinssituatie**

Vemer et al. (2013) onderzochten de invloed van de gezinssituatie en het effect hiervan op de tijd tot terugkeer naar werk bij werknemers met een depressie. Zij concluderen dat het hebben van een partner maar geen kinderen een negatieve voorspellende waarde heeft voor de tijd tot terugkeer naar werk.

<b>Niveau 3</b>	Het hebben van een partner maar geen kinderen heeft een negatieve invloed (dus langere duur) op de tijd tot terugkeer naar werk. <i>C: Vemer 2013</i>
-----------------	--

- [verzuim in het verleden](#)

Lagerveld et al. (2010) onderzochten de invloed van verzuim in het verleden als voorspeller voor de mate van arbeidsongeschiktheid. Zij concluderen dat er matig bewijs is dat verzuim in het verleden een negatieve invloed heeft op de mate van arbeidsongeschiktheid.

<b>Matig GRADE</b>	Verzuim in het verleden is een (negatieve) voorspeller is voor de mate arbeidsongeschiktheid.  <i>Lagerveld 2010</i>
--------------------	--

- [zelfvertrouwen en sociaal functioneren](#)

Lagerveld et al. (2010) hebben ook de voorspellende waarde van zelfvertrouwen, sociaal functioneren en het effect hiervan op arbeidsongeschiktheid onderzocht. Voor beide factoren vonden zij beperkt bewijs voor een negatief voorspellende waarde voor de mate van arbeidsongeschiktheid.

<b>Laag GRADE</b>	Een laag zelfvertrouwen vergroot de kans op arbeidsongeschiktheid door depressie.  <i>Lagerveld 2010</i>
<b>Laag GRADE</b>	Slecht sociaal functioneren heeft een negatieve invloed op de mate van arbeidsongeschiktheid.  <i>Lagerveld 2010</i>

- [toekomstverwachting m.b.t. werk](#)

Lagerveld et al. (2010) onderzochten de voorspellende waarde van toekomstverwachtingen van de werknemer met betrekking tot werk voor de mate van arbeidsongeschiktheid. Zij concluderen dat het hebben van weinig vertrouwen in de toekomst een negatieve invloed heeft op arbeidsongeschiktheid.

<b>Laag GRADE</b>	Weinig vertrouwen in de toekomst heeft een negatieve invloed op de mate van arbeidsongeschiktheid.  <i>Lagerveld 2010</i>
-------------------	---

- [opleidingsniveau](#)

Twee studies onderzochten opleidingsniveau als voorspellende factor voor arbeidsongeschiktheid of tijd tot terugkeer naar werk. Eén studie concludeert dat een laag opleidingsniveau de kans op arbeidsongeschiktheid door depressie vergroot. Eén studie keek naar het effect van opleidingsniveau op tijd tot terugkeer naar werk. Zij vonden echter geen voorspellende waarde voor opleidingsniveau.

<b>Laag GRADE</b>	Een laag opleidingsniveau vergroot de kans op arbeidsongeschiktheid door depressie.  <i>Lagerveld 2010</i>
-------------------	--

<b>Niveau 3</b>	Opleidingsniveau heeft geen voorspellende waarde voor de tijd tot terugkeer naar werk.  <i>C: Vemer 2013</i>
-----------------	--

- **factoren zonder voorspellende waarde**

Lagerveld et al. hebben een aantal andere persoonsgebonden factoren meegenomen in hun onderzoek, namelijk: alcohol/middelen misbruik, sociaal aanpassingsvermogen, sociale steun en inkomensniveau. Deze bleken echter geen voorspellende te hebben voor arbeidsongeschiktheid.

### Werkgerelateerde factoren

In een aantal studies wordt de voorspellende waarde van werkgerelateerde factoren onderzocht die invloed kunnen hebben op de terugkeer naar werk of arbeidsongeschiktheid bij werknemers met een depressie. Cornelius et al. (2011) hebben onderzoek gedaan naar de voorspellende waarde van werkgerelateerde factoren (en tevens persoonsgebonden en ziektegerelateerde factoren), maar zij deden dit voor psychische aandoeningen algemeen en niet specifiek voor depressie. Om deze reden worden de conclusies van Cornelius et al. (2011) niet meegenomen in dit document.

- **sociaal functioneren**

Lagerveld et al. (2010) onderzochten de voorspellende waarde van sociaal functioneren voor arbeidsongeschiktheid. Zij kwamen tot de conclusie dat verminderd sociaal functioneren een voorspeller is voor de mate van arbeidsongeschiktheid.

<b>Laag GRADE</b>	Verminderd sociaal functioneren vóór het verzuim is een voorspeller voor de mate van arbeidsongeschiktheid.  <i>Lagerveld 2010</i>
-------------------	--

- **contact met de leidinggevende**

In twee studies werd gekeken naar de voorspellende waarde van contact tussen de werknemer en de leidinggevende tijdens het ziekteverzuim voor de tijd tot terugkeer naar werk of de duur van arbeidsongeschiktheid. De invloed van contact met de leidinggevende blijkt in de literatuur tegenstrijdig. Vemer et al. (2013) concluderen dat contact met de leidinggevende de tijd tot terugkeer naar werk verkort, terwijl Lagerveld et al. (2010) juist concluderen dat er beperkt bewijs is dat het de tijd tot terugkeer naar werk verlengt.

<b>Laag GRADE</b>	Contact met de leidinggevende tijdens het ziekteverzuim is een voorspellende waarde voor tijd tot terugkeer naar werk.  <i>Lagerveld 2010: wel (zwak bewijs)</i>
<b>Niveau 3</b>	<i>Vemer 2013: niet (beperkt bewijs)</i>

- **contact leidinggevende met zorgverlener van werknemer**

Lagerveld et al. (2010) onderzochten de voorspellende waarde van contact tussen de leidinggevende en de zorgverlener van de werknemer met een depressie. Zij vonden beperkt bewijs dat dit contact de tijd tot terugkeer naar werk kon verkorten.

<b>Laag GRADE</b>	Contact tussen de leidinggevende en de zorgverlener van de werknemer verkort de tijd tot terugkeer naar werk.  <i>Lagerveld 2010</i>
-------------------	--

- **sector**

Twee studies onderzochten de invloed van werkzaam zijn in bepaalde sectoren op de duur van het ziekteverzuim of de duur van de arbeidsongeschiktheidsuitkering. Het blijkt dat mannen in de industriële sector met 189 dagen verzuim de kortste verzuimperioodes door depressie hadden, gevolgd door werknemers in de gezondheidszorg (214 dagen voor mannen, 212 dagen voor vrouwen) en de commerciële dienstverlening (213 voor mannen, 219 voor vrouwen). Werknemers in de educatieve en publieke sector hadden de langste verzuimperioodes (232 voor mannen, 242 voor vrouwen). Daarnaast blijkt uit onderzoek van Ebrahim et al. (2013) dat werknemers werkzaam in de dienst- en zorgverlening een grotere kans hebben op een langere duur van de arbeidsongeschiktheidsuitkering.

<b>Niveau 3</b>	Werknemers werkzaam in de dienst- en zorgverlening hebben een grotere kans op een langere duur van de arbeidsongeschiktheidsuitkering.  <i>C: Ebrahim 2013</i>
<b>Niveau 3</b>	In welke sector een werknemer werkzaam is lijkt van invloed op de duur van de verzuimperioodes. Mannen in de industriële sector verzuimen het kortst, gevolgd door werknemers in de gezondheidszorg en commerciële dienstverlening. Werknemers in de educatieve en publieke sector hadden de langste verzuimperioodes.  <i>B: Koopmans 2008</i>

- **functie werknemer**

Twee studies onderzochten de invloed van het soort functie dat de werknemer in een organisatie heeft. Lagerveld et al. (2010) onderzochten de invloed hiervan op de mate van arbeidsongeschiktheid, Vemer et al. (2013) keken naar het effect op tijd tot terugkeer naar werk. Lagerveld et al. komen tot de conclusie dat er onvoldoende bewijs is voor de voorspellende waarde van het hebben van een management functie voor arbeidsongeschiktheid. Vemer et al. concluderen dat werken in een management positie wel zorgt voor een kortere tijd tot terugkeer naar werk.

<b>Onvoldoende bewijs GRADE</b>	Werken in een management functie voorspelt de mate van arbeidsongeschiktheid.  <i>Lagerveld 2010</i>
---------------------------------	--

<b>Niveau 3</b>	Werken in een management positie is geassocieerd met een kortere de tijd tot terugkeer naar werk.  <i>C: Vemer 2013</i>
-----------------	---

- **steun van collega's**

Een studie onderzocht de voorspellende waarde van steun van collega's tijdens het ziekteverzuim. Vemer et al. (2013) concluderen dat steun krijgen van collega's een positief voorspellende waarde heeft voor de tijd tot terugkeer naar werk.

<b>Niveau 3</b>	Steun krijgen van collega's is een voorspeller voor een kortere tijd tot terugkeer naar werk. <i>C: Vemer 2013</i>
-----------------	---

- **type dienstverband**

Twee studies onderzochten de voorspellende waarde van het type dienstverband (>36 uur per week of <36 uur per week) van werknemers met een depressie voor arbeidsongeschiktheid en tijd tot terugkeer naar werk. Lagerveld et al. vonden onvoldoende bewijs van de voorspellende waarde van het type dienstverband voor arbeidsongeschiktheid. Vemer et al. vonden wel bewijs dat het hebben van een fulltime baan de tijd tot terugkeer naar werk kan verlengen.

<b>Onvoldoende bewijs GRADE</b>	Het type dienstverband (fulltime of parttime) is een voorspellende waarde voor de mate van arbeidsongeschiktheid. <i>Lagerveld 2010</i>
<b>Niveau 3</b>	Het hebben van een fulltime baan (>36 uur) is een voorspellende factor voor een langere tijd tot terugkeer naar werk. <i>C: Vemer 2013</i>

- **overige factoren met een negatief voorspellende waarde voor terugkeer naar werk**

Koopmans et al. (2008) vond een factor die geassocieerd kon worden met een langere tijd tot terugkeer naar werk. Het betreft de grootte van de organisatie (<75 werknemers). Zij verklaren dit laatste, omdat er in kleine organisaties minder mogelijkheden zijn om werkzaamheden tijdens de re-integratie aan te passen. Daarnaast concluderen Ebrahim et al. (2013) dat de hoogte van het salaris (hoog salaris) en het ontvangen van een uitkering een negatief effect hebben op de duur van de arbeidsongeschiktheidsuitkering (dus langere duur van de uitkering), en dus impliciet op de tijd tot terugkeer naar werk.

<b>Niveau 3</b>	Het werken in een kleine organisatie (<75 werknemers) is een voorspeller voor een langere tijd tot terugkeer naar werk. <i>B: Koopmans 2008</i>
<b>Niveau 3</b>	Het hebben van een hoog salaris en het ontvangen van een maximale uitkering zijn, onafhankelijk van elkaar, voorspellers voor een langere duur van de arbeidsongeschiktheidsuitkering. <i>C: Ebrahim 2013</i>

- factoren zonder voorspellende waarde

In twee studies zijn nog een aantal werkgerelateerde factoren en hun invloed op terugkeer naar werk of arbeidsongeschiktheid onderzocht. De auteurs vonden onvoldoende of niet significant bewijs. Lagerveld et al. (2010) vonden onvoldoende bewijs voor het aantonen van de voorspellende waarde van type financiële beloning, type bedrijf en of de leidinggevende geleidelijke terugkeer in werk stimuleert voor arbeidsongeschiktheid. Daarnaast vonden Vemer et al. (2013) geen significante voorspellende waarde voor het aantal dagen dat een werknemer werkzaam is in de week en een aantal met de JCQ gemeten factoren over tevredenheid binnen een baan (bijvoorbeeld psychologische eisen, fysieke inspanning, baanonzekerheid) en het effect hiervan op tijd tot terugkeer naar werk.

## Samenvatting

**Tabel 3. Terugkeer naar werk en instroom in arbeidsongeschiktheidsregelingen**

### Legenda

+ betekent dat de factor de prognose positief beïnvloedt

- betekent dat de factor de prognose in negatieve zin beïnvloedt

Sterk of niveau 1 bewijs: +++ of ---, matig of niveau 2 bewijs: ++ of --, beperkt of niveau 3 bewijs: + of -, onvoldoende/niet significant bewijs: 0. Waarbij – staat voor negatief voorspellende waarde en + voor positief voorspellende waarde.

Factor	Tijd tot terugkeer naar werk	Arbeidsongeschiktheid	Duur arbeidsongeschiktheids-uitkering	Beëindiging dienstverband
<b>ziektegerelateerd</b>				
Duur van depressieve episode		---		
Ernst depressie	0	--		0
Psychische co-morbiditeit		--	-	
Fysieke co-morbiditeit	0	--	-	
Eerdere episodes		-	-	
Klinische stagnatie		-		-
Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (beter)	+			
Suïcide pogingen in verleden		0		
<b>persoonsgebonden</b>				
Leeftijd (ouder)	-	--		0
Geslacht (vrouw)	0	0		0
Gezinssituatie	-			
Verzuimgeschiedenis		--		
Zelfvertrouwen (weinig)		-		
Sociaal functioneren (slecht)		-		
Toekomstverwachting m.b.t. werk (weinig vertrouwen)		-		
Opleidingsniveau	0	-		
Alcohol/middelenmisbruik		0		
Sociaal aanpassingsvermogen		0		
Sociale steun		0		
Inkomensniveau		0		
<b>werkgerelateerd</b>				
Sociaal functioneren (laag)		-		
Contact met leidinggevende	0			
Contact tussen leidinggevende en zorgverlener	+			
Sector (administratieve werkzaamheden)			-	

Functie werknemer (management)	+	0		
Steun van collega's	+			
Type dienstverband (>36 uur)	-	0		
Grootte van organisatie (<75 werknemers)	-			
Hoogte van salaris (hoog)			-	
Ontvangen van uitkering			-	
Type financiële beloning		0		
Type bedrijf		0		
Stimulatie van leidinggevende voor geleidelijke terugkeer in werk		0		
Aantal dagen werkzaam in de week	0			
Psychologische eisen binnen functie	0			
Fysieke inspanning	0			
Baanonzekerheid	0			

### 4.3 Opnieuw uitvallen

Er is vrijwel geen onderzoek gedaan naar voorspellende factoren voor opnieuw uitvallen bij werknemers met een depressie. Slechts één Delphi onderzoek, van Norder et al. (2012), inventariseert mogelijke voorspellende factoren die van invloed kunnen zijn op terugkerend verzuim (c.q. opnieuw uitvallen) bij werknemers met een depressie. Dit doen Norder et al. met behulp van experts op het gebied van werk en psychiatrie.

Verder hebben alleen Arends et al. (2014) factoren onderzocht die invloed kunnen hebben op opnieuw uitvallen bij werknemers met een psychische aandoening. Aangezien zij geen conclusies specifiek gericht op depressie trekken, nemen we dit onderzoek niet mee in dit achtergronddocument.

### Ziektegerelateerde factoren

De experts uit het Delphi onderzoek van Norder et al. (2012) hebben van de volgende factoren ingeschat dat ze een grote impact hebben op terugkerend verzuim: aantal voorgaande depressieve episodes van werknemer, overgebleven klachten na werkhervatting, angststoornis (naast de depressie), DSM-stoornis (naast de depressie) en ernst en duur van de eerste en de laatste depressieve episode.

<b>Niveau 4</b>	<p>Het aantal voorgaande depressieve episodes van de werknemer, overgebleven klachten na de werkhervatting, een angststoornis hebben (naast de depressie), een DSM-stoornis hebben (naast de depressie) en de ernst en duur van de eerste en de laatste depressieve episode zouden volgens experts impact kunnen hebben op terugkerend verzuim.</p> <p><i>D: Norder 2012</i></p>
-----------------	--

### Persoonsgebonden factoren

In het Delphi onderzoek van Norder et al. (2012) noemen de experts een aantal factoren die volgens hen impact hebben op terugkerend verzuim. Het betreft de leeftijd waarop de eerste depressieve episode plaatsvindt, middelenmisbruik, sociaal disfunctioneren, neuroticisme en stressvolle gebeurtenissen in het privéleven of op het werk.

<b>Niveau 4</b>	De leeftijd waarop de eerste depressieve episode plaatsvindt, middelenmisbruik, sociaal disfunctioneren, neuroticisme en stressvolle gebeurtenissen in het privéleven kunnen impact hebben op terugkerend ziekteverzuim.  <i>D: Norder 2012</i>
-----------------	---

### Werkgerelateerde factoren

De experts uit het Delphi onderzoek van Norder et al. (2012) noemen ook een aantal werkgerelateerde factoren waarvan zij denken dat die invloed kunnen hebben op terugkerend ziekteverzuim. Het betreft de volgende factoren: inzet op het werk, hoge eisen maar weinig controle over het werk, psychisch veeleisend werk, ongelijkheid tussen inspanning en beloning, beslissingsmogelijkheden, disfunctioneren op het werk en stressvolle gebeurtenissen op het werk.

<b>Niveau 4</b>	Inzet van de werknemer, hoge eisen maar weinig controle over het werk, psychisch veeleisend werk, ongelijkheid tussen inspanning en beloning, beslissingsmogelijkheden, disfunctioneren op het werk en stressvolle gebeurtenissen op het werk kunnen een impact hebben op terugkerend ziekteverzuim.  <i>D: Norder 2012</i>
-----------------	---

### 4.4. Overige overwegingen

In de projectgroep is aan de orde geweest hoe de oorzakelijke factoren voor werkgebonden depressie en de prognostische factoren voor functioneren in werk, ziekteverzuim en instroom in arbeidsongeschiktheidsregelingen zich tot elkaar verhouden. Ook is gekeken naar de prognostische factoren die in het Verzekeringsgeneeskundig Protocol Depressie (2005) zijn genoemd.

In tabel 4 staat een overzicht van de werkgebonden oorzakelijke en prognostische factoren. De met 'V' gekenmerkte factoren staan ook in het verzekeringsgeneeskundig protocol depressieve stoornissen. Het valt op dat er maar vier oorzakelijke factoren terugkomen in de literatuur over prognostische factoren.

In het verzekeringsgeneeskundig protocol worden ook nog werkloosheid en arbeidsongeschiktheid als oorzakelijke risico factor genoemd.

Als onderhoudende werkgebonden factor noemt het verzekeringsgeneeskundig protocol nog gebrek aan sociale steun.

**Tabel 4 Vergelijking oorzakelijke factoren en prognostische factoren**

Oorzakelijke factoren	Mate van bewijs	Prognostische factoren	Mate van bewijs
Regelmogelijkheden V	Matig		
Psychosociale werkbelasting V	Laag	Psychologische eisen binnen baan	Geen voorspellende waarde/onvoldoende bewijs
Emotionele werkbelasting	Onvoldoende		



	bewijs		
Werkstress	Matig		
Weinig uitdagend werk	Laag		
Werkdruk	Laag		
Disbalans tussen inspanning en beloning	Laag		
Sociale steun V	Laag	Steun van collega's V	Laag
Arbeidsconflicten V	Laag		
Agressie en geweld	Onvoldoende bewijs		
Sociale rechtvaardigheid	Laag		
Gepest worden V	Matig		
Ontwikkelingsmogelijkheden	Laag		
Baanonzekerheid V	Laag	Baanonzekerheid	Geen voorspellende waarde/onvoldoende bewijs
Lange werkdagen	Laag	Type dienstverband	Onvoldoende bewijs
Onregelmatige werktijden	Onvoldoende bewijs		

## 4.5 Aanbevelingen

### Functioneren, terugkeer naar werk en (instroom in) arbeidsongeschiktheidsregelingen

- Inventariseer of er factoren zijn met een voorspellende waarde voor functioneren en productiviteit.
- Inventariseer of er factoren zijn met een voorspellende waarde voor terugkeer naar werk en instroom in arbeidsongeschiktheidsregelingen.
- Stimuleer (op basis van bovengenoemde factoren) maatregelen en interventies die de prognose voor functioneren, terugkeer naar werk en (instroom in) arbeidsongeschiktheid positief beïnvloeden.
- Adviseer maatregelen en interventies om factoren weg te nemen / te verminderen die de prognose voor functioneren, terugkeer naar werk en (instroom in) arbeidsongeschiktheid negatief beïnvloeden.
- Betrek de factoren bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid en de verwachting voor (gedeeltelijk) herstel.

### Terugval/terugkerend verzuim

- Inventariseer of er factoren zijn die negatief zijn voor de prognose voor terugval/terugkerend verzuim.
- Onderzoek welke maatregelen en interventies de negatieve invloed van deze factoren kunnen verminderen en adviseer hierover aan de werkende.
- Overleg met en/of verwijs naar een behandelaar die adequate interventies kan uitvoeren.
- Betrek de factoren bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid en de verwachting voor (gedeeltelijk) herstel.

## Referenties

Arends I., van der Klink J.J., van Rhenen W., de Boer M.R., Bültmann U. Predictors of recurrent sickness absence among workers having returned to work after sickness absence due to common mental disorders. *Scand J Work Environ Health*. 2014 Mar; 40(2):195-202.

Cornelius L.R., van der Klink J.J., Groothoff J.W., Brouwer S. Prognostic factors of long term disability due to mental disorders: a systematic review. *J Occup Rehabil*. 2011; 21(2):259-74.

Ebrahim S., Guyatt G.H., Walter S.D., Heels-Ansdell D., Bellman M., Hanna S.E., Patelis-Siotis I., Busse J.W. Association of Psychotherapy with Disability Benefit Claim Closure among Patients Disabled Due to Depression. *PLOS ONE*, 2013, Volume 8, Issue 6.

Koopmans P.C., Roelen C.A.M., Groothoff J.W. Sickness absence due to depressive symptoms. *Int Arch Occup Environ Health*. 2008 May; 81(6): 711–719.

Lagerveld S.E., Bültmann U., Franche R.L., van Dijk F.J., Vlasveld M.C., van der Feltz-Cornelis C.M., Bruinvels D.J., Huijs J.J., Blonk R.W., van der Klink J.J., Nieuwenhuijsen K. Factors associated with work participation and work functioning in depressed workers: a systematic review. *J Occup Rehabil*. 2010 Sep;20(3):275-92.

Lerner D., Adler D.A., Rogers W.H., Chang H., Lapitsky L., McLaughlin T., Reed J. Work Performance of Employees With Depression: The Impact of Work Stressors. *American Journal of Health Promotion*: 2010, Vol. 24, No. 3, pp. 205-213.

Mäntyniemi A., Oksanen T., Salo P., Virtanen M., Sjösten N., Pentti J., Kivimäki M., Vahtera J. Job strain and the risk of disability pension due to musculoskeletal disorders, depression or coronary heart disease: a prospective cohort study of 69 842 employees. *Occup Environ Med* 2012;69:574-581.

Norder G., Roelen, C.A.M., van Rhenen, W., Buitenhuis J., Bültmann U., Anema J.R. Predictors of recurrent sickness absence due to depressive disorders – A delphi approach involving scientists and physicians. *PLOS ONE*, 2012, 7, 12.

Vemer P., Bouwmans C.A., Zijlstra-Vlasveld M.C., van der Feltz-Cornelis C.M., Hakkaart-van Roijen L. Let's get back to work: survival analysis on the return-to-work after depression. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013;9:1637-45.

# 5. EVALUATIE

## Uitgangsvraag

- Hoe kan de voortgang of stagnatie van herstel bij (potentieel) werkenden met een depressieve stoornis op een transparante en aanvaardbare wijze worden geëvalueerd?

## Inleiding

Een belangrijk doel van de richtlijn Depressie voor Bedrijfsartsen & Verzekeringsartsen is inzicht te geven in hoe tijdig stagnatie van herstel van functioneren en daarmee terugkeer naar werk kan worden vastgesteld en welke acties dan nodig zijn. Voor de bedrijfsarts en de verzekeringsarts bij verzuimbegeleiding is het belangrijk om stagnatie in herstel van functioneren en terugkeer naar werk te signaleren en daarom actief te kunnen interveniëren. Voor de verzekeringsarts is deze kennis belangrijk omdat voorafgaand aan de WIA beoordeling de re-integratie inspanningen getoetst moeten worden en de richtlijn inzicht biedt in de aspecten waarop getoetst moet worden. De zorg voor de werkende met een depressie staat centraal. Door het tijdig signaleren van stagnatie van herstel is op tijd ingrijpen mogelijk en wordt voorkomen dat een werkende met een depressie onnodig lang ziek thuis blijft. Dit is een gezamenlijk belang dat alle professionals die betrokken zijn bij de zorg rondom de verzuimende werkende met een depressie delen.

### 5.1. Herkennen van (dreigende) stagnatie

De richtlijn 'Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten' uit 2007 gaat niet specifiek over werknemers met een depressie. Toch kunnen de aanwijzingen die wijzen op een stagnatie van herstel van functioneren ook toegepast worden op de begeleiding van werkenden met een depressie. Bij een depressie heeft de bedrijfsarts een rol als procesbegeleider en begeleider van het individu. Deze rol van de bedrijfsarts en van de verzekeringsarts bij verzuimbegeleiding wordt ingevuld in overleg met de huisarts. Bij stagnatie moet op basis van de oorzaak het begeleidingsplan heroverwogen worden.

Signalen dat het herstel van functioneren stagneert kunnen een relatie hebben met de stagnatie in herstel van de aandoening. Zo kan de ernst van de aandoening niet goed zijn onderkend of kan de behandeling niet het verwachte effect hebben. Dit zijn redenen waarom het herstel stagneert. In het algemeen kan worden gesteld dat het niet (kunnen) nakomen van de afspraken uit een plan van aanpak (begeleidingsplan waarin de activiteiten voor de terugkeer naar eigen of passend werk zijn vastgelegd), opgevat kan worden als een signaal dat het herstel van functioneren stagneert. Uit de literatuur komen de volgende signalen naar voren die kunnen wijzen op een dreigende stagnatie van herstel van functioneren:

- Persoonsgebonden factoren zoals ernst van de aandoening, onvoldoende respons op behandeling\*, comorbiditeit, verslavingsproblematiek
- Werkomgeving: aard en inhoud van het werk, houding en ondersteuning leidinggevende, collegae, etc.
- Omgevingsfactoren anders dan de werkomgeving die herstel doen stagneren.

\*Onvoldoende respons op behandeling:

Uit twee studies komt naar voren dat patiënten die niet reageren op anti-depressieve medicatie minder vaak aan het werk zijn en minder productief zijn in vergelijking met patiënten die wel op antidepressieve medicatie reageerden ( Knoth et al. 2010; Gupta et al. 2012).

Bij stagnatie is een heroriëntatie van de situatie nodig, waarbij ook een evaluatie plaats vindt of de ingezette interventies adequaat en procescontingent zijn uitgevoerd.

## 5.2. Interventies om stagnatie op te heffen

Ligt de oorzaak op het *persoonlijk vlak* dan zijn er de volgende acties:

- Na 6 weken tekent zich nog geen verbetering af. Overleg met de behandelaar is gewenst voor heroverweging van de behandeling. Als nog geen sprake was van doorverwijzing naar de tweedelij, kan dit overwogen worden.
- Als bij evaluatie van voortgang van twee opvolgende contacten geen (verdere) vooruitgang is, is overleg met de behandelaar te overwegen met als inzet om te komen tot verwijzing.
- Als sprake is van stagnatie van herstel van functioneren legt de bedrijfsarts en de verzekeringsarts bij verzuimbegeleiding in elk geval vast of de werknemer zich onder behandeling heeft gesteld en de behandeladviezen heeft opgevolgd. Verder gaat de bedrijfsarts en de verzekeringsarts bij verzuimbegeleiding na - en legt vast - of er factoren gelegen in de persoon en/ of de werkomgeving zijn die herstel van functioneren en werkhervatting kunnen blokkeren. Ook legt de bedrijfsarts en de verzekeringsarts bij verzuimbegeleiding vast welke acties zijn ondernomen om deze herstel blokkerende factoren op te heffen.

Wanneer de stagnatie in herstel gelegen is in factoren bij de werknemer, wordt vastgelegd tot welke actie dit aanleiding heeft gegeven en wat het resultaat van deze interventie is.

Bij stagnatie die zijn oorsprong vindt in de *werkomgeving* en in *omgevingsfactoren*, zijn er de volgende acties.

- Heroverweeg het begeleidingsplan.
  - o Als de oorzaak van stagnatie ligt in de afspraken op de werkplek en met de leidinggevende, voert de bedrijfsarts en de verzekeringsarts bij verzuimbegeleiding overleg met werknemer en leidinggevende en komt tot afspraken over het wel of niet bijstellen van het begeleidingsplan.  
Dit wordt vastgelegd en gecommuniceerd met de werknemer.
  - o Ligt de oorzaak in omgevingsfactoren, dan is een inventarisatie nodig van de blokkerende factoren en een actieplan om deze op te heffen.  
Dit wordt met de werknemer besproken en vastgelegd in het begeleidingsplan.

## 5.3. Toetsing re-integratie inspanningen bij WIA aanvraag

Zoals eerder vermeld is de belangrijkste taak in deze context, de beoordeling van de re-integratie inspanningen in de voorgaande twee jaar aan de hand van de beschikbare gegevens. Bij de beoordeling komen de onderstaande aspecten aan bod.

*Specifiek met het oog op stagnatie van herstel:*

- Herstelgedrag/ probleemoplossend gedrag werknemer:
  - o Heeft de werknemer zich na verwijzing onder behandeling gesteld en de behandeladviezen opgevolgd?
  - o Zijn er concrete aanwijzingen dat de werknemer zijn herstel belemmerd heeft?

- Belemmeringen van herstel en werkhervatting in het werk:
  - o Was in het werk sprake van factoren die kunnen bijdragen aan ontstaan of voortbestaan van een depressie of die werkhervatting bij werknemers met een depressieve stoornis kunnen belemmeren?
  - o Wat is gedaan om deze factoren weg te nemen, bijvoorbeeld door (tijdelijke) aanpassing van het werk?
- Belemmeringen van herstel en werkhervatting bij de werknemer:
  - o Was bij de werknemer of in diens omgeving sprake van factoren die kunnen bijdragen aan ontstaan of voortbestaan van een depressie?
  - o Zo ja, wat is gedaan om deze weg te nemen?

#### 5.4. Overige overwegingen

Het 'verzekeringsgeneeskundig protocol Depressieve stoornis' uit 2006 geeft aanwijzingen hoe de verzekeringsarts de voorgeschiedenis, voorafgaand aan de WIA-beoordeling moet beoordelen. Deze richtlijn vervangt het verzekeringsgeneeskundig protocol. Omdat elementen uit het protocol de meest passende werkwijze blijken, zijn deze opgenomen in deze richtlijn (er is geen nieuwe literatuur gevonden met andere uitkomsten).

#### 5.5. Aanbevelingen

- Volg voor het vaststellen van stagnatie de stappen uit de Richtlijn Psychische Problemen (NVAB, 2007), namelijk hoe lang de werkende bezig is met herstel en of dat dit past bij (het beloop van) depressie, welke hersteltaken de werkende vervult en of het herstelproces adequaat wordt doorlopen.
- Onderzoek welke aspecten een rol spelen bij de stagnatie.
- Maak zo nodig nieuwe afspraken en actualiseer het begeleidingsplan op punten waar sprake is van (dreigende) stagnatie.  
[Bij persoonlijke factoren als oorzaak van de stagnatie](#)
- Overleg met de behandelaar voor heroverweging van de behandeling als zich na 6 weken nog geen verbetering aftekent. Als er nog geen sprake was van doorverwijzing naar de tweede lijn, kan dit nu overwogen worden.
- Als bij evaluatie van de voortgang van twee opvolgende contacten geen (verdere) vooruitgang is, is overleg met de behandelaar te overwegen met als inzet te komen tot verwijzing.
- Leg in geval van stagnatie van herstel van functioneren vast of de werkende zich onder behandeling heeft gesteld en de behandeladviezen heeft opgevolgd.
- Leg ook vast of er factoren gelegen in de persoon en/ of de werkomgeving zijn die herstel van functioneren en werkhervatting kunnen blokkeren. Documenteer eveneens welke acties zijn ondernomen om deze herstel blokkerende factoren op te heffen en wat het resultaat van deze interventie was.  
[Bij factoren in de \(werk\)omgeving als oorzaak van de stagnatie](#)
- Heroverweeg het begeleidingsplan.
  - Ligt de oorzaak van stagnatie in de afspraken op de werkplek en met de leidinggevende? Overleg dan met werkende en leidinggevende en kom tot afspraken over het wel of niet bijstellen van het begeleidingsplan. Communiceer dit met de werkende en documenteer de afspraken, overwegingen en acties.

- Ligt de oorzaak van stagnatie in omgevingsfactoren, dan is een inventarisatie nodig van de blokkerende factoren en een actieplan om deze op te heffen. Bespreek dit met de werkende en leg het vast in het begeleidingsplan.

#### Bij toetsing re-integratie inspanningen bij WIA aanvraag

- Beoordeel de relevante specifieke aspecten die wijzen op stagnatie van herstel van functioneren:
  - Herstelgedrag/ probleemoplossend gedrag werknemer:
    - o Heeft de werknemer zich na verwijzing onder behandeling gesteld en de behandeladviezen opgevolgd?
    - o Zijn er concrete aanwijzingen dat de werknemer zijn herstel belemmerd heeft?
  - Belemmeringen van herstel en werkhervatting in het werk:
    - o Was in het werk sprake van factoren die kunnen bijdragen aan ontstaan of voortbestaan van een depressieve stoornis of die werkhervatting bij werknemers met een depressieve stoornis kunnen belemmeren? (zie de factoren uit hoofdstuk 1 Preventie en 3 Prognose)
    - o Wat is gedaan om deze factoren weg te nemen, bijvoorbeeld door (tijdelijke) aanpassing van het werk?
  - Belemmeringen van herstel en werkhervatting bij de werknemer:
    - o Was bij de werknemer of in diens omgeving sprake van factoren die kunnen bijdragen aan ontstaan of voortbestaan van een depressieve stoornis?
    - o Zo ja, wat is gedaan om deze weg te nemen?

## Referenties

Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met Psychische Klachten. Geautoriseerde richtlijn mei 2007, NVAB.

Verzekeringsgeneeskundig protocol Depressieve Stoornis. Gezondheidsraad, Den Haag 2006.

Knoth RL, Bolge SC, Kim E, Tran QV. Effect of inadequate response to treatment in patients with depression. Am J Manag Care 2010; 16(8): e188-196.

Gupta S, Goren A, Kim E, Gabriel S, Dupclay L. Direct and indirect costs of sleep disturbances and residual symptoms in patients treated for depression. J Occup Environ Med 2012; 54(7): 881- 888.

# Bijlage 1 GRADE en EBRO

## Beoordelen van de kwaliteit van bewijs

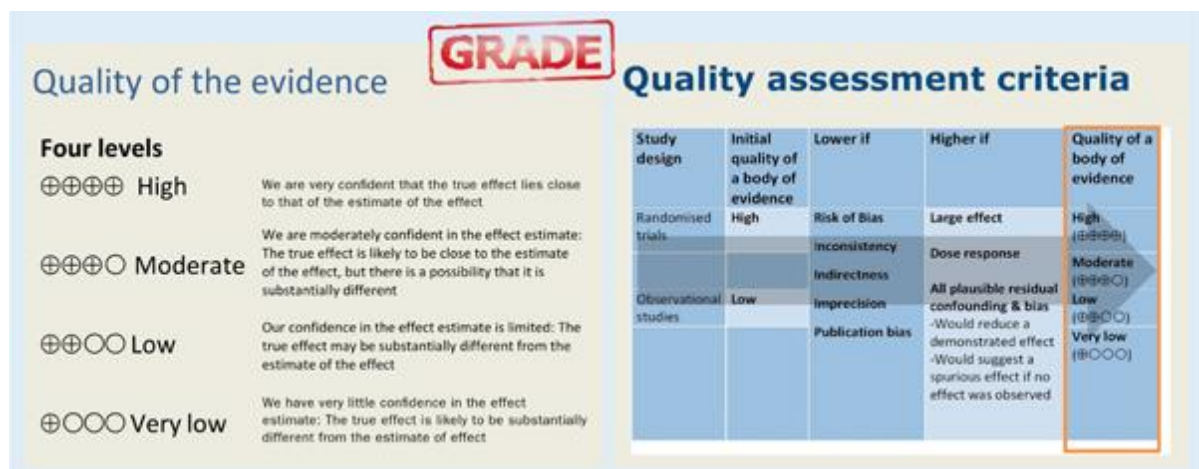
In deze richtlijn is waar mogelijk de kwaliteit van bewijs beoordeeld met behulp van GRADE (Guyatt 2008). Voor een aantal literatuurbronnen was dit niet goed mogelijk en is de EBRO-methode gebruikt. Het 'hertalen' van GRADE naar EBRO of andersom bleek niet goed mogelijk. Daarom heeft de projectgroep besloten om beide methoden in deze richtlijn te gebruiken.

## GRADE

De Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation (GRADE) Working Group is een internationale groep zorgverleners, onderzoekers en richtlijnmakers. De groep ontstond in 2000 en bestaat inmiddels uit zo'n tweehonderd leden, onder wie een handvol Nederlanders. Doel is de ontwikkeling van een optimaal systeem voor het beoordelen van de kracht van de evidentie en het bepalen van de sterkte van de aanbevelingen voor klinische richtlijnen. De GRADE-methode is inmiddels overgenomen door een groot aantal organisaties, waaronder de Cochrane Collaboration, BMJ en de WHO.

De GRADE-methode kent per uitkomstmaat van een interventie een gradering toe aan de kwaliteit van bewijs op basis van de mate van vertrouwen in de schatting van de effectgrootte (figuur 1, tabel 1 en 2).

Figuur 1. Quality of evidence volgens GRADE



Tabel 1 Indeling van de kwaliteit van bewijs volgens GRADE

<b>hoog</b>	Er is veel vertrouwen dat het werkelijke effect dicht in de buurt ligt van de schatting van het effect.
<b>matig</b>	Er is matig vertrouwen in de schatting van het effect: het werkelijk effect ligt waarschijnlijk dicht bij de schatting van het effect, maar er is een mogelijkheid dat het hier substantieel van afwijkt.
<b>laag</b>	Er is beperkt vertrouwen in de schatting van het effect: het werkelijke effect kan substantieel verschillend zijn van de schatting van het effect.
<b>zeer laag</b>	Er is weinig vertrouwen in de schatting van het effect: het werkelijke effect wijkt waarschijnlijk substantieel af van de schatting van het effect.



**Tabel 2 De kwaliteit van bewijs wordt bepaald op basis van de volgende criteria**

<b>Type bewijs</b>	RCT start in de categorie 'hoog'. Observationele studie start in de categorie 'laag'. Alle overige studietypen starten in de categorie 'zeer laag'.	
<b>Downgraden</b>	'Risk of bias'	- 1 Serieus - 2 Zeer serieus
	Inconsistentie	- 1 Serieus - 2 Zeer serieus
	Indirectheid	- 1 Serieus - 2 Zeer serieus
	Imprecisie	- 1 Serieus - 2 Zeer serieus
	Publicatiebias	- 1 Waarschijnlijk - 2 Zeer waarschijnlijk
	<b>Upgraden</b>	Groot effect
	Dosis-respons relatie	+ 1 Bewijs voor gradiënt
	Alle plausibele confounding	+ 1 zou een effect kunnen reduceren + 1 zou een tegengesteld effect kunnen suggereren terwijl de resultaten geen effect laten zien.

Meer informatie over GRADE en de GRADE-methode is te vinden op [www.gradeworkinggroup.org](http://www.gradeworkinggroup.org)

## EBRO-methode

De beoordeling van de kwaliteit van het bewijs volgens de EBRO-methode is als volgt gebeurt:

**Tabel A** Indeling van methodologische kwaliteit van individuele studies

	<b>Interventie</b>	<b>Diagnostisch accuratesse onderzoek</b>	<b>Schade of bijwerkingen, etiologie, prognose*</b>
<b>A1</b>	Systematische review van tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau		
<b>A2</b>	Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang	Onderzoek ten opzichte van een referentietest (een 'gouden standaard') met tevoren gedefinieerde afkapwaarden en onafhankelijke beoordeling van de resultaten van test en gouden standaard, betreffende een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten die allen de index- en referentietest hebben gehad	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>	Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiënt-controle onderzoek, cohortonderzoek)	Onderzoek ten opzichte van een referentietest, maar niet met alle kenmerken die onder A2 zijn genoemd	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		

\* Deze classificatie is alleen van toepassing in situaties waarin om ethische of andere redenen gecontroleerde trials niet mogelijk zijn. Zijn die wel mogelijk dan geldt de classificatie voor interventies

**Tabel B.** Niveau van bewijs van de op de artikelen gebaseerde conclusies

<b>1</b>	Onderzoek van niveau A1 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2
<b>2</b>	1 onderzoek van niveau A2 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
<b>3</b>	1 onderzoek van niveau B of C
<b>4</b>	Mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden

## Bijlage 2 Evidencetabellen

**Nu separaat bijgevoegd: komen in de definitieve publicatie in deze bijlage**

## Bijlage 3. Aandachtspuntenlijst Depressie (Slebus, 2008)

*In een Delphi studie in twee rondes onder 64 praktiserende verzekeringsartsen is een checklist ontwikkeld voor het vast stellen van de meest belangrijke aspecten betreffende de arbeidsmogelijkheden en de beperkingen van patiënten met een depressie (Slebus et al. 2008).*

### Aandachtspuntenlijst Depressie (ADp) voor het beoordelen van het werkvermogen

Kruis hieronder de punten van de ADp aan die tijdens de anamnese ter sprak zijn gekomen bij de depressieve werkende. Noteer per punt de vragen of voorbeeld(en) die u geformuleerd en gebruikt hebt.

- Aandacht kunnen opbrengen**  
.....  
.....
- Aandacht kunnen volhouden**  
.....  
.....
- Zich kunnen concentreren**  
.....  
.....
- Handelingen kunnen afmaken**  
.....  
.....
- Adequaat kunnen reageren**  
.....  
.....
- Kunnen inprenten**  
.....  
.....
- Routinewerkzaamheden kunnen uitvoeren**  
.....  
.....
- Gestructureerd werk kunnen uitvoeren**  
.....  
.....
- Zaken kunnen herinneren**  
.....  
.....
- Zelfstandig kunnen handelen**  
.....  
.....

1. NB. Zie voorbeelden op de volgende pagina.

## Voorbeelden ADp

<b>Aandacht kunnen opbrengen</b>	Een chauffeur (groepsvervoer) kan een remmende auto vóór hem tijdig opmerken.
<b>Aandacht kunnen volhouden</b>	Een chauffeur (bus of vrachtwagen) kan ook op een lange saaie weg binnen zijn baan blijven rijden.
<b>Zich kunnen concentreren</b>	Een callcenter medewerker kan zich ondanks het omgevingslawaaï concentreren op het gesprek dat hij voert.
<b>Handelingen kunnen afmaken</b>	Een bakker moet niet alleen het deeg in de oven zetten maar ook het bakproces in de gaten houden en de broden uit de oven halen.
<b>Adequaaf kunnen reageren</b>	Een productiemedewerker kan bij een calamiteit alert reageren door bijvoorbeeld de productieketen tijdig te stoppen.
<b>Kunnen inprenten</b>	Een horecamedewerker kan onthouden welke bestelling bij welke tafel bezorgd moet worden.
<b>Routinewerkzaamheden kunnen uitvoeren</b>	Een productiemedewerker kan de standaard terugkerende taken van zijn werk zonder probleem uitvoeren.
<b>Gestructureerd werk kunnen uitvoeren</b>	Een verpleegkundige kan de verschillende handelingen/taken bij de patiëntzorg in de juiste volgorde verrichten en afmaken (zoals bijv. medicatie verstrekken, ongebruikelijke signalen van patiënt waarnemen en rapporteren, patiëntenlijst invullen, helpen met lichamelijke verzorging etc.).
<b>Zaken kunnen herinneren</b>	Een verzekeringsarts kan datgene dat hij in het verleden heeft geleerd voor ogen halen om de klachten van een patiënt te beoordelen.
<b>Zelfstandig kunnen handelen</b>	Een schoonmaakster kan haar werkzaamheden verrichten zonder steeds hulp van een collega te roepen.

## Bijlage 4 Kennislacunes

1. Er zijn geen wetenschappelijke studies, of van onvoldoende kwaliteit, gevonden met betrekking tot het effect van **trillingen** en het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen.
  2. Er zijn geen wetenschappelijke studies, of van onvoldoende kwaliteit, gevonden met betrekking tot het effect van **biologische factoren** en het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen.
  3. Er zijn geen wetenschappelijke studies, of van onvoldoende kwaliteit, gevonden met betrekking tot het effect van **fysieke arbeidsbelasting** en het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen.
  4. Er zijn geen wetenschappelijke studies gevonden met betrekking tot **werkgerelateerde factoren** en het **functioneren in werk** met een depressie (of na herstel van depressie).
  5. Er zijn geen studies gevonden naar het effect van **persoonlijke factoren** en het effect op **terugvalpreventie** bij mensen met een depressie.
  6. Er zijn geen wetenschappelijke studies gevonden naar het effect van **ziektegerelateerde factoren** en de **instroom in arbeidsongeschiktheidsuitkeringen** bij mensen met een depressie.
  7. Er zijn geen wetenschappelijke studies gevonden naar het effect van **werkgerelateerde factoren** en de **instroom in arbeidsongeschiktheidsuitkeringen**.
-

## Bijlage 5 Belangenverklaringen

### *Overzicht van belangen bij commerciële bedrijven van de leden van de kerngroep en de projectgroep*

De leden van de **kerngroep** hebben verklaard in de laatste drie jaar onderstaande activiteiten te hebben uitgevoerd op uitnodiging van of met subsidie/sponsoring van een industrie in relatie tot het onderwerp van de richtlijn.

Naam	Activiteiten
Drs. M.H.H. (Marjolein) Bastiaanssen	Geen.
Prof.dr. C.T.J. (Carel) Hulshof	Geen.
Dr. A.C.L.P.J. (Arco) Verhoeven	Geen.
Prof. dr. H. (Haije) Wind	Geen.
Dr. F. (Feico) Zwerver	Geen.
M. (Marian) Lebbink	Geen.

De leden van de **projectgroep** hebben verklaard in de laatste drie jaar onderstaande activiteiten te hebben uitgevoerd op uitnodiging van of met subsidie/sponsoring van een industrie in relatie tot het onderwerp van de richtlijn.

Naam	Activiteiten
Dr. M.L.A. (Monique) Broekhuizen	Geen.
drs. P (Pieter-Paul) van der Does de Willebois	Geen.
dr. P. (Paula) Eken	Geen.
drs. L. (Lars) van Kessel	Geen.
drs. M.A.J.M. (Monique) Loo	Geen.
H. (Henk) van Ringen	Geen.
dr. H.C.A.M. (Eric) van Rijswijk	Geen.
M. (Marieke) Sweens	Geen.

## Bijlage 6 Performance indicatoren

**Performance indicatoren geven de key-issues van de richtlijn weer. Ze laten zien waar het in de richtlijn om gaat en geven daar meetbare normen bij. Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen kunnen deze indicatoren gebruiken als checklist bij de richtlijn.**

### 1. Inventarisatie risicofactoren

#### BEOORDEELD IS:

- a. of er werkgebonden psychosociale risicofactoren zijn die positief en/of negatief bijdragen aan het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen. *JA/NEE*
- b. of er sprake is van een (chronische) aandoening die een risicofactor vormt voor het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen. *JA/NEE*
- c. of de werkende behoort tot een risicogroep voor het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen. *JA/NEE*
- d. welke risicofactoren de mate van arbeidsongeschiktheid en de verwachting voor (gedeeltelijk) herstel beïnvloeden. *JA/NEE*

### 2. Preventieve interventies / adviezen

#### ER IS:

- a. beleid/aanpak geadviseerd over werkgebonden psychosociale factoren. *JA/NEE*
- b. ten aanzien van werkdruk en pesten gebruik gemaakt van de aanbevolen aanpak. *JA/NEE*
- c. gebruik gemaakt van een participatieve aanpak. *JA/NEE*

### 3. Diagnostiek

#### ER IS:

- a. een gericht vraaggesprek uitgevoerd om de diagnose depressie of depressieve stoornis te kunnen stellen. *JA/NEE*
- b. gebruik gemaakt van de criteria uit de Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Trimbos, 2013). *JA/NEE*
- c. co-morbiditeit in kaart gebracht. *JA/NEE*
- d. vastgesteld of er beperkingen in het functioneren zijn. *JA/NEE*
- e. vastgesteld of er sprake is van een beroepsziekte. *JA/NEE*
- f. melding gedaan van de vastgestelde beroepsziekte bij het NCvB. *JA/NEE/NVT*

### 4. Interventies/adviezen

#### ER IS:

- a. als eerste stap onderzocht en/of voor gezorgd dat er behandeling plaatsvindt volgens de Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Trimbos, 2013). *JA/NEE*
- b. op indicatie overlegd met de behandelaar. *JA/NEE*
- c. advies uitgebracht voor werkaanpassingen. *JA/NEE*

### 5. Prognose

#### ER ZIJN:

- a. factoren in kaart gebracht die het functioneren in werk, terugkeer naar werk of mate van arbeidsongeschiktheid in negatieve of positieve zin beïnvloeden/beïnvloed hebben. *JA/NEE*
- b. interventies of maatregelen geadviseerd voor een adequate aanpak van deze factoren (de negatieve verminderen/opheffen, de positieve stimuleren/uitbreiden). *JA/NEE*

## 6. Evaluatie

### ER IS/ZIJN:

- a. beoordeeld of er stagnatie optreedt *JA/NEE*
- b. beoordeeld welke aspecten leiden tot stagnatie. *JA/NEE*
- c. beoordeeld of er belemmeringen zijn voor herstel van functioneren en werkhervatting. *JA/NEE*
- d. maatregelen geadviseerd om de stagnatie en/of de belemmeringen op te heffen. *JA/NEE*
- e. contact geweest tussen verzekeringsarts en bedrijfsarts bij verschil van inzicht en/of complexe casuïstiek. *JA/NEE/NvT*



## Bijlage 7 Referenten

De conceptteksten van de richtlijn en het achtergronddocument zijn ter becommentariëring voorgelegd aan inhoudelijke experts, aan vertegenwoordigers van patiënten- en werknemersorganisaties en van werkgeversorganisaties, alsmede aan de leden van de NVAB, NVVG en GAV: de betrokken beroepsverenigingen. Van onderstaande 48<sup>+</sup> professionals uit de betrokken beroepsgroepen is commentaar ontvangen en verwerkt, alsmede van zeven experts.

### 1. Leden betrokken beroepsverenigingen

#### • GAV

- N. Croon (namens MA's van Amersfoortse/ASR, afdeling AOV)
- M.M. Schampers

#### • NVAB

- K. van Aken
- E.E. ten Berge
- J.R.M. Blekemolen
- F.M. Brouwer
- E.J. de Bruijn
- E.P. Dam
- J. Dogger
- I. Henssen
- J. Jonker
- L. Norder-Kuper
- R.J. van den Oever
- W.P. Piebenga
- L. de Roos
- A.G. Schriemer
- A. Siemelink
- J.K. Sluijter
- I.M.J.L. Speller
- M.J.T. van Vilsteren
- P. de Wit
- nn /////

#### • NVVG

- C. van Asselt
- K. Baal
- G.F. Breuker
- S. Gielen
- P. Goudswaard
- E.M.L. van den Heuvel

- T. Hikspoors
- S. Knepper
- M. Kollaard
- B.A. Kramer
- H. Kroneman
- B.J. Lindeman
- H. Mooi
- J.E.L.M Mooi-Lavrijsen
- I. van Oosten
- P. Ruige
- A. Schippers
- N. Tolkacheva
- M.A. van der Valk
- N. Visser
- S.G. van Wageningen
- nn //

## 2. Experts

- **Patiënten / werknemers**
  - E. Graafsma, NVGzP
  - R. Jurriëns, FNV
- **Werkgevers**
  - C.M.B. Hoogbergen, AWWN
- **Inhoudelijk**
  - Dr. Evelien Brouwers, Tranzo, UVT
  - Dr. Karen Nieuwenhuijsen, Coronel Instituut AMC, UvA
  - Commissie Wetenschap NVMG
  - Commissie Richtlijnontwikkeling en Wetenschap NVAB