

Depression (DF32.1-33.9)

Definition	<p>Depression er en sindslidelse, hvor den fundamentale forstyrrelse er sænket stemningsleje ofte ledsaget af nedsat aktivitetsniveau. Lidelsen kan optræde som en enkelt episode eller periodisk. Ved periodisk depression skal der være sygdomsfrihed i mindst 2 måneder mellem episoderne.</p>
Diagnostiske kriterier	<p>Diagnosen stilles og gradueres i henhold til ICD-10. Der kræves tilstedeværelse af mindst 2 ud af 3 kernesymptomer og desuden mindst 2 af 7 ledsagesymptomer i mindst 2 uger for at stille diagnosen.</p> <p>Kernesymptomer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) nedtrykthed 2) nedsat lyst eller interesse 3) nedsat energi eller øget træthæd. <p>Ledsagesymptomer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) nedsat selvtillid eller selvfølelse 2) selvbeprejdelse eller skyldfølelse 3) tanker om død eller selvmord 4) tænke- eller koncentrationsbesvær 5) agitation eller hæmning 6) søvnforstyrrelser 7) appetit- og vægtændring <p>Depression inddeles i undergrupper i forhold til sværhedsgrad:</p> <p>Let grad (2 kerne- og 2 ledsagesymptomer) F32.0.</p> <p>Moderat grad (mindst 2 kerne- og mindst 4 ledsagesymptomer) F32.1.</p> <p>Svær grad uden psykotiske symptomer (3 kerne og mindst 5 ledsagesymptomer) F32.2 .</p> <p>Svær grad med psykotiske symptomer (hallucinationer, vrangforestillinger, psykomotorisk hæmning) F32.3.</p> <p>Hvis det ikke er den første episode drejer det sig om en periodisk depression F33, der inddeles i lignende undergrupper.</p> <p>Til vurdering af om kriterierne er opfyldt, indgår det kliniske indtryk og anamnese. Anvendelse af depressionsskalaer fx Hamilton, kan ikke stå alene som diagnostisk vurdering. Hvis pt. har været igennem en psykiatrisk vurdering, lægges som udgangspunkt vægt på denne. Den endelige diagnose stilles almindeligvis ved en afdelingskonference. Ved tvivl bør det overvejes om der skal ske henvisning til psykiatrisk vurdering.</p>
Incidens/prævalens	<p>I en dansk spørgeskemaundersøgelse fandt man, at 2,6 % angav depressionssymptomer (14 dages periode prævalens) svarende til moderat til svær depression. Livstidsrisiko angives til at være 17-18 %. Højere for kvinder end hos mænd (1).</p>
Arbejdsrelateret ætiologi	<p>I en række prospektive befolkningsundersøgelser sammenholdes selvrapporerede data om arbejdsmiljøet blandt raske ved første undersøgelse med data om depression ved en senere anden undersøgelse (23). De fleste undersøgelser har været baseret på Karaseks job strain model, og har vist at oplevelsen af høje job krav (job demands), ringe indflydelse (decision authority) eller få udviklingsmuligheder (skill descretion) samt kombinationen af høje krav og lav kontrol (job strain) er forbundet med depression med relativ risiko mellem 1,5 og 2.. Få studier har vurderet Siegrists effort reward imbalance model.</p>

Eksponering er i de fleste studier alene vurderet kvalitativt og med selvrapporterede eksponeringsdata og man må derfor antage, at *reporting bias* har medført risikoestimer som generelt overvurderer den sande risiko (også i follow-up undersøgelser).

Oftest foreligger ikke studier af eksponerings-respons sammenhænge.

Der findes få ældre, men en del nyere studier med personuafhængige eksponeringsdata (arbejdshygiejniske vurderinger, overbelægning, jobeksponeringsmatricer). Disse er gennemgået af Lundberg et al 2013 og det konkluderes at høje psykiske krav (kvantitative, kvalitative/emotionelle) er den eneste eksponering med nogen holdepunkter for en let øget risiko for depression. Endelig viser et enkelt nyere studie med gruppebaserede eksponeringsoplysninger en markant øget risiko for depression ved uretfærdig ledelse (6). Der er tale om et enkelt studie, hvorfor årsagssammenhængen må vurderes at være uafklaret.

Risikoen for depression er i en metanalyse af 12 prospektive studier fundet fordoblet i relation til exceptionelt traumatiske oplevelser med fare for liv eller lemlæstelse (21). Det gælder også professionelle (politi, redningsfolk, brandfolk, soldater). Det drejer sig om eksponeringer af PTSD lignede karakter. (link vejled. PTSD). Disse studier vedrører primært civilbefolkningen, men også erhvervsgruppe, der har en øget risiko for at opleve disse exceptionelle oplevelser.

Mobning defineret som social isolation eller udsættelse over en længere periode for en ubehagelig, nedværdigende eller sårende behandling er i 3 prospektive undersøgelser fundet relateret til en exorbitant øget risiko for depression (RR 5-10), (7) Der mangler fortsat studier med uafhængige eksponeringsdata, hvorfor årsagssammenhængen må vurderes at være uafklaret.

Anden ætiologi

Risikoen for depression er væsentligt forøget i månederne efter en belastende livsbegivenhed (13, 22), ved hjerne traumer, apopleksi, hjertesygdom og andre kroniske sygdomme (1). Der er en markant social gradient i forekomsten af depression, med en øget forekomst af depression i grupper med lav socio-økonomisk status. (20) Ofte opstår depression dog uden at man kan pege på nogen årsager.

Individuel sårbarhed

Risikoen for depression er væsentligt forhøjet efter tidligere depression (9), ca. fordoblet hos kvinder (10) og tre gange forøget blandt førstegradsslægtninge(1). Neurotiserende personlighedstræk forøger ligeledes risikoen (13). I Sundhedsstyrelsens referenceprogram (1) anføres begreber som coping og kognitiv sårbarhed at kunne have betydning for om "life events" og oplevelse af anden psykosocial stress fremkalder depression, men området er ikke udførligt belyst i programmet.

Udredning og rådgivning

Eksponerings art og omfang

Deprimerede patienter vil pga. sygdommens natur give en beskrivelse af deres arbejdsforhold, som er påvirket af de negative tanker, som er kerne-karakteristika for depressionssygdommen (15, 16).

I samtalen med patienten skal der så objektivt som muligt spørges ind til faktorer som karakteriserer de psykosociale arbejdsvilkår (se også vejledning om tilpasnings- og belastningsreaktioner), og særligt de belastninger, som er sat i forbindelse med depression,:

Høje kvantitative krav: Overarbejde, manglende mulighed for pauser – herunder tid til at spise, deadlines, underbemanding, overbelægning.

Høje kvalitative/emotionelle krav: Relationsarbejde i forhold til svært syge belastede patienter/klienter og personer med svære emotionelle reaktioner, Intensiv personkontakt og arbejde med grænseoverskridende personer (voldelig, krænkende personer).

Forhold til ledelse, kolleger, langvarig mobning.

Eksponeringen skal være tilkommet indenfor de sidste 0- 2 år før debut af depressionen. (5)

Exceptionelle traumer: Se [PTSD vejledning](#) for relevant eksponering (21)[Frank]. ICD-10 kriterier for PTSD skal være opfyldt.

Helbred

Anamnese

Psykiatrisk: Der indhentes oplysninger om

- tidligere depressive eller maniske episoder (sygdomsdebut, intensitet, varighed samt tidligere behandling)
- anden psykisk lidelse,
- familiær disposition til depression, herunder selvmord i familien,
- opvækstforhold
- misbrugsproblemer.

Tilstedeværelse og graden af depression vurderes ved systematisk afklaring af omfanget af kerne- og ledsagesymptomer. Ved pågående depression kan udføres supplerende bedømmelse af depressionens sværhedsgrad med det validerede Hamiltons Depressionskala HMD-17, ([skala og manual](#)) og suicidal risiko vurderes jf. lokale og regionale retningslinjer ([evt. SEVE-T selvmordsvurdering](#)). Det kan desuden være værdifuldt at indhente oplysninger fra pårørende omkring habitualtilstand og sygdomsudvikling.

Somatisk: Der udspringes systematisk til

- symptomer fra øvrige organsystemer
- fysiologiske ændringer (ex overgangsalder)
- eksisterende kronisk somatiske sygdomme
- medicin,- tobak og alkoholforbrug
- forbrug af psykoaktive stoffer.
- Foreligger derkendt kronisk sygdom herunder hjerte-karssygdom, stofskiftelidelse, diabetes eller mangeltilstande.
- Tidligere hovedtraumer og neuroinfektioner.

Objektivt.

Patientens fremtræden observeres med hensyn til

- ansigtsmimik,
 - kropsholdning og bevægelser,
 - latens, kontakt, hukommelse logisk og sammenhængende i
-

samtalen, fortælleevne, koncentration

- stemningsleje
- grådlibilitet

Herudover udføres somatisk undersøgelse, vejledt af anamnesen.

Paraklinisk.

Hvilke undersøgelser der skal indgå i den enkelte patients udredningsprogram, vil ofte være individuelt og bl.a. afhænge af anamnesen og eventuel mistanke om somatisk sygdom. Nedenstående laboratorieprøver bør som minimum overvejes i udredningen af førstegangsdepression og kan suppleres yderligere ved specifikke sygdomme eller mistanke herom.

- hæmatologiske kvantiteter
- væsketal
- levertal,
- B12 og folat,
- D-vitamin,
- HbA1c eller fastebloodsukker,
- TSH,
- Ca++,
- CRP.

Ovennævnte er, hvor andet ikke er anført, baseret på Sundhedsstyrelsens Referenceprogram for unipolar depression hos voksne (1).

Differentialdiagnostik

I forhold til differentiering overfor tilpasnings- og belastningsreaktioner lægges særligt vægt på tanker om død eller selvmord, afledeligheden fra de negative tanker og stemningslejet.

Herudover overvejes misbrug, demens, personlighedsforstyrrelser, bivirkninger af medicin, stofskiftelidelser, B12-mangel, anæmi, organiske hjernelidelser af traumatisk, infektiøs eller degenerativ karakter og andre svære eller kroniske somatiske lidelser.

Diagnosekoder

F32.0 Depressiv enkeltepisode af lettere grad
 F32.1 Depressiv enkeltepisode af moderat grad
 F32.2 Depressiv enkeltepisode af svær grad
 F33.0 Periodisk depression pt af lettere grad
 F33.1 Periodisk depression pt af moderat grad
 F33.2 Periodisk depression pt af svær grad

Prognose og prognostiske faktorer

Varigheden af en depressiv episode angives til at være mellem 3-12 måneder, men 10-30 % af patienterne angives at have symptomer ud over denne tidshorizont. Medikamentel behandling anbefales ikke til depression af let grad.

Effekten af psykologisk behandling af depressive symptomer af let til moderat grad er af sammenlignelig størrelse som den medikamentelle.

Ætiologisk konklusion

Ved mistanke om arbejdsrelation vurderes om sygdomsdebut forekommer i tidsmæssig relation til de arbejdsforhold, som opleves som belastende. Herefter vurderes om eksponeringens karakter og intensitet er relevant i forhold til

sygdomsudvikling. Det forudsættes, at de mistænkte psykosociale forhold adskiller sig markant fra almindelige situationer på arbejdspladsen. Massivt voldsomt arbejdspress gennem måneder, indgribende og gentagne alvorlige trusler er mere plausible udløsende faktorer end almindelig travlhed, lejlighedsvist overarbejde, samarbejdsconflikter og skuffelser i relation til opgaver og ansvar. Herudover må indgå vurdering af betydning af prædisponerende individuel sårbarhed, familiære eller økonomiske problemer og andre konkurrerende ætiologiske faktorer for udvikling af depressionen.

Rådgivning

Der gives i de arbejdsmedicinske klinikker primært rådgivning. Medikamentel behandling forestås i primærsektor af lægepraksis eller i psykiatrien. Længerevarende samtaleforløb tilbydes derudover i læge- eller psykologpraksis og i psykiatrien. Arbejdsmedicinsk rådgivning kan indebære kortere støttende individuelle eller gruppebaserede samtaleforløb afhængig af forhold såsom depressionens sværhedsgrad / varighed, arbejdspladsforhold og patientens liv i øvrigt. Der informeres om lidelsens natur, at det er en forbigående lidelse, men at der også er en øget risiko for ny depressionsepisode.

Beslutninger med vidtrækkende betydning, fx opsigelse, bør undgås og udsættes til symptomer er remitteret. Patienterne tilrådes at fortsætte i nuværende arbejde i det omfang de er i stand til det (17), gerne med fritagelse for funktioner, som de oplever særligt belastende, men som det forventes, at de igen vil kunne magte, når symptomerne igen aftager. Der kan være længerevarende restsymptomer, med koncentration og hukommelses problemer. Dette skal der tages hensyn til i beskrivelse af de skånehensyn der er behov for ved tilbagevenden til arbejdet. Der kan være behov for deltidssygemelding, virksomhedspraktik på sygedagpenge.

Det rådgives at længerevarende sygemelding undgås, jvf. 'Prognose'. Afhængig af afdelingens ressourcer kan der tilbydes opfølgende samtaler mhp. støtte i forbindelse med tilbagevenden til arbejde. Det kan også være hensigtsmæssigt med direkte rådgivning af arbejdspladsen, fx ved rundbordsamtaler, vedr. hvordan arbejdet kan tilpasses patientens funktionsniveau undervejs i et forløb. I nogle tilfælde kan det være nødvendigt med omplacering eller skift af arbejdsplads.

Patienten informeres om medicinske og psykologiske behandlingsmuligheder, som bør igangsættes i samarbejde med egen læge. Der er evidens for at medicinsk, samt psykologisk behandling i form af kognitiv eller interpersonel terapi er virksom. Dette gælder ligeledes motion. Selv om egen læge er tovholder, kan en del patienter i dag få behandling ad andre kanaler såsom sundhedsforsikringsordninger.

I dag anerkendes der kun få tilfælde af depression som erhvervsbetinget lidelse. Det er vigtigt at oplyse patienten om praksis hos Arbejdsskadestyrelsen for at forebygge urealistiske forventninger til en anmeldelse. Patienten skal orienteres om at virksomheden kan få tilsendt dele af journalen (eksponeringsanamnesen) fra Arbejdsskadestyrelsen

som led i sagsbehandlingen. Da evidensen vedr. sammenhæng mellem arbejdsforhold og depression p.t. er usikkert, kan man tillade sig at være tilbageholdende med anmeldelse. Arbejdstilsynet kan kontaktes per mail hvis der er mistanke om særligt graverende arbejdsforhold. Denne mistanke styrkes, når der kommer flere henvisninger fra samme arbejdsplads.

Administrative forhold

Anerkendelseskriterier Depression er ikke opført på [erhvervs sygdomsfortegnelsen](#), men udvalgte sager behandles i [erhvervs sygdomsudvalget](#) udvalgte sager

Dokumentation

Referencer

1. Videbech P. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne. Copenhagen: Sundhedsstyrelsen; 2007:1-138.
2. WHO ICD-10 - psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser - Klassifikation Og Diagnostiske Kriterier. Paperback - 2006, 1. udgave, Munksgaard Danmark i samarbejde med WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health
3. Bonde JP. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. Occup Environ Med. 2008;65:438-445.
4. Netterstrom B, Conrad N, Bech P, et al. The relation between work-related psychosocial factors and the development of depression. Epidemiol Rev. 2008;30:118-132.
5. Ingvar Lundberg, Peter Allebeck, Yvonne Forsell och Peter Westerholm: Kan arbetsvillkor orsaka depressionstillstånd? En systematisk översikt över longitudinella studier i den vetenskapliga litteraturen 1998-2012. Arbets- och hälsa nr 2013;47(1)
6. Grynderup, M.B.; Mors, O.; Hansen, A.M.; Andersen, J.H.; Bonde, J.P.; Kaergaard, A.; Kaerlev, L.; Mikkelsen, S.; Rugulies, R.; Thomsen, J.F.; Kolstad, H.A. Work-unit measures of organisational justice and risk of depression--a 2-year cohort study Occup. Environ. Med. 2014, 70 p 380-385
7. Rugulies, R.; Madsen, I.E.; Hjarsbech, P.U.; Høgh, A.; Borg, V.; Carneiro, I.G.; Aust, B.
8. Bullying at work and onset of a major depressive episode among Danish female eldercare workers Scand.J.Work Environ.Health 2012, vol 38, p218-227
9. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health--a meta-analytic review. Scand J Work Environ Health. 2006;32:443-462.
10. Clays E, De BD, Leynen F, Kornitzer M, Kittel F, De BG. Job stress and depression symptoms in middle-aged workers--

- prospective results from the Belstress study. *Scand J Work Environ Health*. 2007;33:252-259.
11. Burcusa SL, Iacono WG. Risk for recurrence in depression. *Clin Psychol Rev*. 2007;27:959-985.
 12. Kuehner C. Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatr Scand*. 2003;108:163-174.
 13. Kessler RC. The effects of stressful life events on depression. *Annu Rev Psychol*. 1997;48:191-214.
 14. Kendler KS, Gatz M, Gardner CO, Pedersen NL. Personality and major depression: a Swedish longitudinal, population-based twin study. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63:1113-1120.
 15. Frese M, Zapf D. Methodological issues in the study of work stress: Objective vs. subjective measurement of work stress and the question of longitudinal studies. In: Cooper CL, Payne R, eds. *Causes, coping and consequences of stress at work*. John Wiley & Sons Ltd.; 1988:375-411.
 16. Kasl SV. Measuring job stressors and studying the health impact of the work environment: an epidemiologic commentary. *J Occup Health Psychol*. 1998;3:390-401.
 17. Waddell G, Burton AK. *Is work good for your health and well-being?* London: TSO (The Stationary Office); 2006.
 18. Sogaard HJ. *Psykisk sygelighed hso langtidssygemldte*. Herning: Regionspsykiatrien Herning; 2007:1-169.
 19. Sogaard HJ, Bech P. The effect on length of sickness absence by recognition of undetected psychiatric disorder in long-term sickness absence. A randomized controlled trial. *Scand J Public Health*. 2009;37:864-871.
 20. Andersen II, Thielen K, Nygaard E, Diderichsen F. Social inequality in the prevalence of depressive disorders. *J Epidemiol Community Health*. 2009 Jul;63(7):575-81. doi: 10.1136/jech.2008.082719. Epub 2009 Mar 16.
 21. Utzon-Frank N, Breinegaard N, Bertelsen M, Borritz M, Eller NH, Nordentoft M, Olesen K, Rod NH, Rugulies R, Bonde JP: Occurrence of delayed-onset post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Scand J Work Environ Health Online-first –article* doi:10.5271/sjweh.3420
 22. Kendler KS(1), Kessler RC, Walters EE, MacLean C, Neale MC, Heath AC, Eaves LJ. Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *amirican J Psychiatry*. 1995 Jun;152(6):833-42
 23. Töres Theorell et al: [Arbetsmiljöns betydelse för symptom på depression och utmattningssyndrom - En systematisk litteraturöversikt](#), Swedish Council on Health Technology Assessment

Review: Ole Carstensen og deltagere i Armoni workshop, Middelfart, maj 2014

Redaktør Ole Carstensen

Dato 1-2. maj 2014

Revideres Maj 2017

