

Mensen met migraine ... aan het werk!

Multidisciplinaire evidence-based richtlijn

December 2013

Mensen met migraine... aan het werk!

Evidence-based richtlijn, geautoriseerde versie

Initiatief

Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten

Deelnemende en ondersteunende organisaties

- Algemene Werkgevers Vereniging Nederland
 - Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
 - Nederlands Huisartsen Genootschap
 - Nederlands Instituut van Psychologen*
 - Nederlands Paramedisch Instituut
 - Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten*
 - Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde*
 - Nederlandse Vereniging voor Neurologie*
 - Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde*
 - Vereniging Nederlandse Hoofdpijn Centra*
 - Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, Pijnverpleegkundigen*
 - WHO FIC Collaborating Centre
- (* Deze organisaties hebben de richtlijn geautoriseerd)

Praktische ondersteuning

Het Ondersteuningsburo

Financiering

Deze richtlijn is tot stand gekomen met financiële steun vanuit het KKCZ-programma van ZonMw.

Colofon

Evidence-based richtlijn 'Mensen met migraine... aan het werk!'

© 2013

Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten

Postbus 2185

3800 CD Amersfoort



De Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten verbetert de kwaliteit van leven van mensen met migraine en andere vormen van ernstige hoofdpijn. De vereniging maakt mensen met ernstige hoofdpijn mondig, bevordert hun maatschappelijke participatie, streeft naar verhoging van de sociale acceptatie van hun aandoening en naar verbetering van de behandeling die door zorgverleners wordt gegeven. De vereniging biedt ervaringsdeskundigheid bij onderzoek en vernieuwing.

www.hoofdpijnpatiënten.nl

Dit project is mogelijk gemaakt door:



ZonMw stimuleert gezondheidsonderzoek en zorginnovatie.

www.zonmw.nl

Alle rechten voorbehouden

De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de copyrighthouder. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail aanvragen bij de copyrighthouder, de Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten. Adres: zie boven.

Het staat organisaties, die hebben bijgedragen aan de ontwikkeling van deze richtlijn, vrij om, na instemming van de Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten, delen van deze richtlijn te gebruiken voor monodisciplinaire doeleinden om de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven voor mensen met migraine in de werksituatie te verbeteren.

Inhoudsopgave

Samenstelling werkgroep	4
Aanbevelingen	5
Inleiding	9
Wat verstaan we onder migraine?	16
Mensen met migraine spreken	21
Hoofdstuk 1. Frequentie en intensiteit van migraine op de werkplek	29
Hoofdstuk 2. Omgevingskenmerken en de relatie met migraine op het werk	39
Hoofdstuk 3. Persoonlijke kenmerken en de relatie met migraine op het werk	48
Hoofdstuk 4. Preventieve maatregelen en medicamenteuze behandelingen rond migraine op het werk	58
Hoofdstuk 5. Het optimaliseren van samenwerking rond en met de persoon met migraine	69
Hoofdstuk 6. Juridische aspecten rond arbeidsverzuim door migraine	76
Bijlage 1a. Uitwerking enquêtes arbeidsgerelateerde problematiek migraine	87
Bijlage 1b. Enquêtes arbeidsgerelateerde problematiek migraine	92
Bijlage 2. Uitgangsvragen	99
Bijlage 3. Gradering van bewijs	100
Bijlage 4. Evidentietabellen	102
Bijlage 5. ICF	109
Bijlage 6. Codering ICF	114
Bijlage 7. Schema juridische implicaties van het geven van medische informatie aan de werkomgeving	116
Bijlage 8. Selectie van teksten uit de bronnen van Hoofdstuk 6: Juridische aspecten rond arbeidsverzuim door migraine	117
Bijlage 9. Kennislacunes	120
Bijlage 10. Wie doet wat	126
Bijlage 11a. Afkortingenlijst	131
Bijlage 11b. Begrippenlijst	133
Bijlage 12. Samenvatting	135

Samenstelling werkgroep

- Mw. dr. M.A.G. van den Berg, biochemicus en master public management, Bunde, Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten, projectleider
- Mw. prof. dr. R. de Wit, voorheen hoogleraar verplegingswetenschap, Universiteit Maastricht, namens V&VN Pijnverpleegkundigen, voorzitter
- Drs. P. van Amersfoort, verzekeringsgeneeskundige, UWV Nijmegen, namens de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde
- Dr. J.E.G. de Boer, adviseur gezondheidsonderzoek en zorg, Meerssen
- Drs. E.G.M. Couturier, neuroloog, Boerhaave Medisch Centrum, Amsterdam, namens de Nederlandse Vereniging voor Neurologie
- Drs. J. Dam, bedrijfsarts, Hunter Douglas Europe BV, Rotterdam, namens de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
- Dr. N.P. van Duijn, huisarts, Gezondheidscentrum de Haak, Almere, namens het Nederlands Huisartsen Genootschap
- J. van Dijke, ervaringsdeskundige, Rotterdam, Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten; penningmeester
- Mw. dr. Y.F. Heerkens, bewegingswetenschapper, Nederlands Paramedisch Instituut, Amersfoort / lector Arbeid & Gezondheid bij de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Nijmegen, namens ICF-team van het WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications (FIC) in the Netherlands
- Drs. C.M.B. Hoogbergen, senior adviseur HR Strategie & Innovatie, Algemene Werkgeversvereniging Nederland
- Drs. H. Hulshof, ervaringsdeskundige, Den Haag, bedrijfsarts, namens de Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten
- Drs. J.D.M. van der Meulen, neuroloog, Sneek, namens de Nederlandse Vereniging voor Neurologie
- Mw. Drs. S. Ronner, psycholoog, Meriones Advies, Gouda, namens het Nederlands Instituut van Psychologen
- Mw. E. van Rijn, loopbaanadviseur, Werkbalans, Echteld, lid Adviespunt Werk van de Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten
- A. Schonewille, loopbaanprofessional en re-integratiecoach, Kopwerk en id Plein, Vleuten, lid Adviespunt Werk van de Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten

Adviseur

- Mr. W.A. Faas, verzekeringsarts, medisch adviseur directoraat Bezwaar en Beroep UWV, Amsterdam

Overige betrokkenen

- Mw. M. Broer, bestuursverantwoordelijke, Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten
- Mw. drs. E. Kalsbeek, het Ondersteuningsburo, Amersfoort

Aanbevelingen

Hoofdstuk 1

1.1

Bedrijfs- en verzekeringsartsen moeten streven naar meer onderzoek naar de frequentie en intensiteit van migraine op de werkplek of de impact van migraine op het werk zodanig vastleggen dat meer onderzoek mogelijk is.

1.2

Voor onderzoek naar de frequentie en intensiteit van migraine op de werkplek is het sterk aan te bevelen dat bedrijfs- en verzekeringsartsen migrainepatiënten alleen als zodanig vastleggen in het CAS-registratiesysteem, als de onderliggende ziekte voldoet aan de IHS criteria.

1.3

Vanwege de impact die migraine lijkt te hebben op het functioneren van de werknemer met migraine, is het sterk aan te bevelen om hiervoor bij de (huis)arts apart aandacht te vragen en bij onduidelijkheid over de diagnose en de impact op het werk voor gespecialiseerd advies te (laten) verwijzen naar artsen met kennis van hoofdpijn bijvoorbeeld naar hoofdpijncentra.

1.4

Het verdient aanbeveling de mate van arbeidsparticipatie van mensen met (zwaardere vormen van) migraine te bevorderen door sterkere focus op juiste diagnosestelling en behandeling door artsen en door facilitering van mogelijke maatregelen op de werkplek door werkgevers.

1.5

Het verdient aanbeveling om gelden beschikbaar te stellen voor onderzoek onder de werkende bevolking naar de frequentie en intensiteit van migraine en naar de economische effecten ervan, gezien de uiteenlopende bevindingen in bestaand onderzoek.

Hoofdstuk 2

2.1

Het uitgangspunt moet zijn: “Heb het er maar eens over”.

Ga als medewerker met migraine een gesprek aan met collega's, leidinggevende en bedrijfsarts over migraine en probeer in onderling overleg het onbegrip weg te nemen.

2.2

Betreffende arbeidsomstandigheden:

Het is aan te bevelen om als medewerker met migraine een gesprek aan te gaan met de leidinggevende en met collega's over potentieel migraine-uitlokkende factoren op de werkplek. In onderling overleg kan dan besproken worden hoe de invloed van deze externe kenmerken zodanig is aan te passen dat er zo min mogelijk hinder ontstaat.

2.3

Het zelf kunnen regelen van werktijden is voor een werkende met migraine bevorderlijk om het productiviteitsverlies door migraine te verminderen.

2.4

Sociale steun van collega's en het hebben van voldoende regelmogelijkheden zijn aan te bevelen om mensen met migraine te helpen effectief om te gaan met hun aandoening op het werk.

Hoofdstuk 3

3.1

Het verdient aanbeveling om, ook in de werksituatie, rekening te houden met persoonlijke kenmerken welke bij een persoon met migraine een aanval kunnen uitlokken.

3.2

Het lijkt zinvol dat personen met migraine bepaalde vaardigheden (verder) ontwikkelen in het omgaan met stress: conflicthantering, time management, ontspanningstechnieken, cognitieve strategieën, bespreekbaar maken van problemen, hulp zoeken bij anderen en energie richten op concrete acties voor het oplossen van problemen. Begeleiding hierbij kan helpen om een aantal vaardigheden te leren en meer grip te krijgen op migraine door zelfmanagement.

3.3

Wees alert op de verstoring van het persoonlijke tijdsritme. Deze verstoring kan leiden tot migraineaanvallen bij die personen, die daarvoor gevoelig zijn.

3.4

Bij vrouwen met menstruele migraine, dan wel een toegenomen ziektelast door migraine tijdens de menstruatie, is het zeer aan te bevelen dit in kaart te brengen, bijvoorbeeld met behulp van een hoofdpijndagboek, en de behandelend (huis)arts hier bij te raadplegen voor behandeling. Dit geldt ook voor de andere vormen van migraine.

Hoofdstuk 4

4.1

Voorlichting en educatie over migraine, ook in de werksituatie, verdienen aanbeveling, wanneer gericht op mensen met migraine.

4.2

Investerings in voorlichting en educatie kunnen positieve effecten hebben op arbeidsverzuim en productiviteit. De kosten-baten balans hiervan is in te schatten door de werkgever.

4.3

Psychotherapeutische interventies zijn aan te bevelen als effectieve interventies, niet alleen bij de voor de hand liggende diagnoses als spanningshoofdpijn, maar ook bij migraine.

4.4

Het is sterk aan te bevelen de tijd te nemen voor het goed instellen op medicijnen, zowel voor de aanvalsaanpak als voor de vermindering van het aantal aanvallen (profylaxe).

4.5

Houd rekening met verminderde productiviteit tijdens het instellen op medicijnen.

4.6

Eenmaal ingesteld is een ruimte en voldoende tijd nodig om de medicijnen - bijtijds - in te nemen, en de medicijnen in een rustige omgeving hun werk te laten doen.

4.7

Bij migraine gecombineerd met chronisch dagelijkse hoofdpijn en medicatieovergebruik, inclusief migrainemiddelen, dient het medicatieovergebruik aangepakt te worden.

Hoofdstuk 5

5.1

De zorgprofessional dient alert te zijn op terloopse meldingen van (episodische) hoofdpijn met verminderd functioneren op het werk door een werknemer met migraine.

Bij twijfel, complexiteit, comorbiditeit of onvoldoende specialisatie op het terrein van migraine, is verwijzing voor behandeling naar een hoofdpijnspecialist, bijvoorbeeld in een hoofdpijncentrum, geïndiceerd.

5.2

Een goede en voortdurende samenwerking tussen zorgprofessional en persoon met migraine op basis van wederzijdse communicatie en gezamenlijke besluitvorming (shared decision making) is sterk aan te bevelen om te komen tot de volgende zaken voor de persoon met migraine:

- de keuze van de juiste medicatie
- het verhogen van de therapietrouw
- het vergroten van het vertrouwen in de eigen capaciteiten en het zelfmanagement
- het beheersen van potentieel migrainebevorderende factoren op, rond, of in het werk
- de toename van de patiënttevredenheid en de kwaliteit van leven.

5.3

De zorgprofessionals van een persoon met migraine streven ernaar zódanig met elkaar af te stemmen en samen te werken, dat deze samenwerking het zorgproces rond migraine ten goede komt en de persoon met migraine hiermee akkoord gaat.

Deze afstemming houdt in dat:

- Alle zorgprofessionals zich bewust zijn van hun professionele plek in de zorg van de werkende met migraine en weten wat hun eigen bijdrage in het zorgproces is.
- Alle zorgprofessionals van een werkende met migraine weten welke andere professionals rondom deze persoon met migraine werken en wat ieders bijdrage aan het zorgproces is.
- Zorgprofessionals van een werkende met migraine ervoor zorgen dat de werkende zelf alle gegevens heeft die van belang zijn in het zorgproces. De persoon met migraine moet dus inzage kunnen krijgen in de verslaglegging. Zorgprofessionals dienen wel na te gaan welk begrip de patiënt heeft over de informatie en daar - zo nodig - uitleg over te geven.

Hoofdstuk 6

6.1

Het verdient aanbeveling om een strategie te ontwikkelen waarmee de persoon met migraine meer eigen regie kan voeren over de informatie-uitwisseling tussen behandelend arts en bedrijfsarts/verzekeringsarts. Bijvoorbeeld door het beschikbaar stellen van schriftelijke informatie aan de patiënt ten behoeve van de andere zorgprofessionals.

6.2

Het verdient aanbeveling dat de behandelaar zich te allen tijde beperkt tot het verstrekken van feitelijke medische informatie, zonder suggesties met betrekking tot de geschiktheid voor bepaald werk.

6.3

De werkgroep adviseert aan de vereniging van bedrijfsartsen (NVAB) ondubbelzinnigheid te betrachten over de aard en het doel van het spreekuurcontact (verzuimbegeleiding versus arbeidsomstandighedenconsult) en de onderscheiden randvoorwaarden voor informatie-uitwisseling met alle actoren.

6.4

De werkgroep beveelt aan transparantie te bevorderen over de wijze waarop de bedrijfsarts of de verzekeringsarts de consequenties voor het functioneren van de persoon met migraine beoordeelt en vastlegt.

6.5

De werkgroep beveelt behandelaar en persoon met migraine aan om voorafgaand aan de verzending van opgevraagde medische gegevens met elkaar overleg te plegen.

6.6

De werkgroep beveelt alle zorgprofessionals aan om standaard, aan de persoon met migraine, een kopie te geven van de medisch opgevraagde en verstrekte gegevens.

Inleiding

Waarom is deze richtlijn geschreven?

Migraine is een gezondheidsprobleem van grote omvang, zowel voor de individuele patiënt als voor de maatschappij. Migraine is een aanvalsgewijs optredende, chronische neurovasculaire hersenziekte, die vaak niet als zodanig wordt herkend door de leef- en werkomgeving. Door een migraineaanval vallen mensen, ook tijdens hun arbeidsuren, onverwachts uit (absenteïsme) of blijven wel op het werk aanwezig, maar kunnen dan in het algemeen aanzienlijk minder presteren dan normaal (presenteïsme). Dit is niet alleen vervelend voor de persoon zelf, maar leidt daarnaast ook regelmatig tot gespannen verhoudingen met collega's en leidinggevende/werkgever.

Veel mensen, zowel personen met migraine zelf als mensen uit de werkomgeving van een persoon met migraine, denken dat er weinig te doen valt aan migraine. Deels is dit onbekendheid met de ziekte, deels ontkenning van de ziekte of verbloeming van de feiten.

Migraine heeft niet één heldere oorzaak. Er zijn geen algemeen geldende aanvaluitlokkende factoren; deze factoren kunnen verschillen van persoon tot persoon en soms van aanval tot aanval. Vaak lijkt een aanval dan ook onvoorspelbaar en zonder duidelijke aanleiding. Ook op het werk kunnen sommige kenmerken uit de omgeving als aanvaluitlokkend ervaren worden. Deze kenmerken kunnen zich - in het algemeen - voordoen als arbeidsomstandigheden, als vormen van arbeidsinhoud, als bepaalde arbeidsvoorwaarden en als arbeidsverhoudingen; de zogenaamde 4 A's.

Migraine wordt gekenmerkt door herhaalde aanvallen van heftige, vaak bonzende, eenzijdige hoofdpijn. De hoofdpijn gaat in het algemeen gepaard met misselijkheid en overgevoeligheid voor licht en geluid. De hoofdpijnfase wordt voorafgegaan en gevolgd door andere fasen (zie 'Wat verstaan we onder migraine' blz. 16).

Migraine komt voor bij circa 19% van de volwassen Nederlandse bevolking; de verhouding man : vrouw is ongeveer 1 : 3 (Linde, 2012; Launer, 1999). Hormonale verschillen en invloeden, zich o.a. uitend in menstruele migraine, leveren een bijdrage aan deze geslachtsverschillen. De aanvalsfrequentie varieert tussen acht maal per maand en één maal per jaar, met een gemiddelde van twee maal per maand. Onbehandeld varieert de duur van een aanval tussen de één en drie dagen. In Nederland hebben naar schatting 30.000 mensen per dag last van migraine (Couturier, 2007; Steiner, 2003; Lipton, 1997).

Dit betekent aan directe kosten (medicatie, artsbezoek) naar schatting meer dan 250 miljoen euro per jaar. De indirecte (maatschappelijke) kosten, waaronder productiviteitsverlies, bedragen een veelvoud hiervan en worden voor Nederland geschat op meer dan 1,5 miljard euro per jaar (Van Renselaar, 2008).

Zowel in Nederland als elders wordt het vóórkomen van migraine door de patiënten zelf te laag ingeschat. Ruim een derde van de mensen, die aan de IHS criteria voor migraine voldoen, is niet als migrainepatiënt gediagnosticeerd (Pop, 2002).

Migraine komt het meest frequent voor bij mensen in de leeftijd tussen de 18 en 55 jaar. Na de menopauze neemt het aantal migraineaanvallen bij vrouwen in het algemeen af. Migraine heeft een sterk negatief effect op kwaliteit van leven (Terwindt, 2000).

Opdracht

Deze richtlijn is opgesteld op initiatief van de Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten (NVvHP). Het project is uitgevoerd binnen het ZONMw programma Kennisbeleid, Kwaliteit Curatieve Zorg (KKCZ).

Doelstelling

Een richtlijn is, volgens de huidige definitie, 'een document met aanbevelingen ter ondersteuning van zorgprofessionals en zorggebruikers, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op wetenschappelijk onderzoek, aangevuld met expertise en ervaringen van zowel zorgprofessionals als gebruikers' (Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2010).

Wanneer deze algemene omschrijving van een richtlijn wordt toegepast op de specifieke richtlijn: 'Mensen met migraine.....aan het werk!' dan geldt voor deze richtlijn als doelstelling: *Een document met aanbevelingen ter ondersteuning van mensen met migraine, mensen uit hun werkomgeving en zorgprofessionals, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor personen met migraine én het verminderen van het productiviteitsverlies op het werk vanwege migraine; berustend op wetenschappelijk onderzoek, aangevuld met expertise en ervaringen van de genoemde groepen.*

Meer concreet gaat deze richtlijn over:

- Het vóórkomen van migraine in de werksituatie.
- Kenmerken uit de omgeving en persoonlijke kenmerken van de werkende die daarbij een rol kunnen spelen.
- De aanpassingen en behandelwijzen die zijn aan te bevelen om uitval door migraine te verminderen.
- De wijze(n) waarop zorgprofessionals hun onderlinge afstemming ten behoeve van de persoon met migraine én de samenwerking met de persoon met migraine kunnen optimaliseren.
- De juridische implicaties verbonden aan het geven van medische informatie over de persoon met migraine aan diens werkomgeving.

Op basis van deze kennis en de gekozen aanbevelingen verwacht de werkgroep meer begrip en vertrouwen te kunnen genereren tussen de persoon met migraine en diens werkomgeving, waardoor de 'last van migraine' aanzienlijk kan afnemen.

Doelgroepen

Deze migrainerichtlijn is bedoeld voor mensen in de werksituatie.

De doelgroepen zijn:

- Werkenden met migraine
- Mensen uit de werkomgeving van een persoon met migraine, zoals de werkgever of de leidinggevende, de naaste collega's, de personeelsfunctionaris, het human resource management
- Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen
- Arbeidsdeskundigen en arbeids- en organisatiepsychologen
- Zorgverleners van de persoon met migraine, zoals de huisarts, (hoofdpijn)neuroloog, psycholoog, hoofdpijnverpleegkundige

Samenstelling werkgroep

Voor het ontwikkelen van deze richtlijn is een multidisciplinaire werkgroep samengesteld, bestaande uit werkenden met migraine, mensen uit de werkomgeving van een persoon met migraine, arboprofessionals en zorgprofessionals vanuit verschillende disciplines, die te maken hebben met personen met migraine.

Bij het samenstellen van de werkgroep is rekening gehouden met een representatieve vertegenwoordiging van de betrokken verenigingen en instanties. De werkgroepleden zijn afkomstig uit verschillende regio's van het land.

Een map met verklaringen van werkgroepleden over mogelijke financiële belangenverstrengeling ligt ter inzage bij de NVvHP.

Er zijn geen bijzondere vormen van belangenverstrengeling gemeld.

Werkwijze werkgroep

De werkgroep is in december 2009 gestart met haar werkzaamheden.

Knelpunteninventarisatie en opstelling uitgangsvragen

Om de knelpunten in de werksituatie voor mensen met migraine in beeld te brengen heeft de werkgroep de arbeidsgelateerde problematiek van mensen met migraine in kaart gebracht aan de hand van de resultaten van een schriftelijke vragenlijst (bijlage 1a en 1b). De vragen voor deze kwalitatieve enquête zijn door de werkgroep geformuleerd op basis van (telefonische) gesprekken met zes bedrijfsartsen en 13 mensen met migraine. Schriftelijke enquêtes zijn uitgevoerd onder bedrijfs- en verzekeringsartsen, huisartsen, neurologen, psychologen, hoofdpijnverpleegkundigen, arbeidsdeskundigen en mensen afkomstig van afdelingen Personeel en Organisatie. Van de 190 uitgezette vragenlijsten zijn er 88 ingevuld; een respons van 46%. Tussen de ondervraagde groepen is een groot verschil in respons; de respondenten zijn voor het merendeel direct betrokken (geweest) bij personen met migraine en hebben tevens belangstelling voor de aandoeninggerelateerde problematiek. Zo reageerde bijvoorbeeld 58% van de aangeschreven neurologen uit de hoofdpijncentra tegen 14% van de algemene neurologen (zie verder bijlage 1, tabel A). De ervaren knelpunten zijn, na discussie in verschillende groepen, geprioriteerd en door de werkgroep omgezet in uitgangsvragen (zie bijlage 2).

Literatuuronderzoek, wetenschappelijke bewijsvoering en vaststelling conclusies

Voor de beantwoording van de uitgangsvragen is een systematische zoekactie van de literatuur uitgevoerd door mevrouw Monique Wessels MSc, medewerkster bij de Orde van Medisch Specialisten. Er is breed gezocht in de databases Medline, Embase en Psychinfo voor de periode januari 1990 tot juli 2010. De titels en samenvattingen van de gevonden 1058 items voor de verschillende uitgangsvragen zijn door telkens twee werkgroepleden doorgenomen. Wanneer de samenvatting potentieel relevant werd geacht is het daarbij behorende artikel opgezocht via de e-library van de Universiteit Maastricht of, indien niet voorhanden, opgevraagd bij de auteur. Aanvullend literatuuronderzoek is gedaan tot begin 2012 voor de onderwerpen: migraine en workplace; migraine en triggers. Daarnaast zijn enkele artikelen geselecteerd uit referentielijsten van reeds gevonden artikelen ('sneeuwbalmethode'). De stappen van de zoekactie en de daarbij gevonden titels en samenvattingen zijn opvraagbaar bij de NVvHP. De artikelen zijn in het algemeen door twee andere werkgroepleden gelezen en beoordeeld op relevantie voor de uitgangsvraag en op kwaliteit volgens de EBRO systematiek (Evidence Based Richtlijn Ontwikkeling).

In bijlage 3 staat de graderingswijze van studies weergegeven.

De beschrijving en de beoordeling van de verschillende relevante artikelen staan in de hoofdstukken weergegeven onder het kopje 'literatuur'.

Deze wetenschappelijke onderbouwing is samengevat in een of meer conclusie(s), waarbij het niveau van het meest relevante bewijs is aangegeven. De artikelen zijn per onderwerp samengevat in een evidentie-tabel (zie bijlage 4). Van deze artikelen is tevens een korte omschrijving gegeven, voor zover van belang voor deze richtlijn.

Leden van de werkgroep hebben, op basis van de gevonden literatuur, teksten opgesteld. De werkgroep heeft gezamenlijk deze teksten en de daarbij behorende conclusies besproken. Voor niet alle onderdelen van de uitgangsvragen is voldoende literatuur gevonden. Indien nodig is gebruik gemaakt van rapporten uit de praktijk, met name bij hoofdstuk 6 (Juridische aspecten rond arbeidsverzuim door migraine).

Totstandkoming van de aanbevelingen

Naast wetenschappelijk bewijs zijn voor de beantwoording van de uitgangsvragen en het vaststellen van de aanbevelingen dikwijls nog andere aspecten van belang, zoals patiëntenvoorkeuren, maatschappelijke consequenties of kosten. Deze aspecten staan weergegeven en worden, waar nodig, besproken onder het kopje 'overwegingen'.

De conclusies op basis van de beschikbare literatuur worden op deze wijze in de context van de praktijk geplaatst. De uiteindelijk geformuleerde aanbeveling is het resultaat van het beschikbare bewijs in combinatie met deze overwegingen. De aanbevelingen zijn unaniem tot stand gekomen.

Vergaderingen

De werkgroep is 12 keer bij elkaar geweest en heeft negen keer telefonisch of via Skype vergaderd. Daarnaast zijn per uitgangsvraag enkele subgroepvergaderingen gehouden. De concepttekst is voorgelegd aan bedrijfsartsen tijdens een bijeenkomst waarbij enkele casus zijn getoetst aan de richtlijn.

Afronding

De conceptringrichtlijn is aangeboden aan de deelnemende organisaties, ter commentaar. De conceptringrichtlijn is 'vertaald' naar een versie voor niet-medici. Deze versie is voorgelegd aan mensen met migraine. De opmerkingen zijn vervolgens in de conceptversies verwerkt door de werkgroep en de richtlijn plus de versie voor niet-medici zijn aangeboden aan de eerder genoemde organisaties ter autorisatie/instemming.

ICF

Bij twee uitgangsvragen zijn de potentiële invloeden van respectievelijk 'kenmerken uit de omgeving' en van 'persoonlijke kenmerken' op het maatschappelijk functioneren van een persoon met migraine in ogenschouw genomen. Deze terminologie komt voort uit de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (WHO, 2001). Deze classificatie is in 2001 door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) gepubliceerd. De ICF is de opvolger van de ICIDH, de International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. In 2002 is de Nederlandse vertaling van de ICF gepubliceerd, met een 2^e druk in 2007 (RIVM, 2007).

Met de ICF is het mogelijk om het functioneren van mensen te beschrijven (bijlage 5). Het biedt de mogelijkheid en de terminologie om naast het medische verhaal van de patiënt (waarvoor medische classificaties beschikbaar zijn, zoals de CAS Codes voor bedrijfsartsen [N606 migraine]) ook te beschrijven wat een ziekte of aandoening betekent voor het dagelijks leven van mensen (ook wel aangeduid als biopsychosociale invalshoek).

ZonMw heeft het gebruik van deze classificatiesystematiek gestimuleerd ter bevordering van een eenduidige aanpak en communicatie tussen de betrokken zorgverleners. De werkgroep heeft het als een uitdaging beschouwd de ICF toe te passen in deze richtlijn.

Doordat de ICF door verschillende professies en wereldwijd wordt gebruikt, kan men haar met recht een internationale, multiprofessionele classificatie noemen.

Patiëntenperspectief

Wetenschappelijke evidentie is van belang, maar minstens zo belangrijk is de manier waarop patiënten hun aandoening 'beleven'. Ook deze kennis hoort in een richtlijn thuis. Bijzonder aandachtspunt bij deze richtlijn is het perspectief van de persoon met migraine in de werksituatie. De arbeidsgerelateerde problematiek rond migraine is anders en breder dan alleen een medische behandeling. Aan deze problematiek wordt in deze richtlijn aandacht besteed.

Een geïntegreerde multidisciplinaire richtlijn is uitdrukkelijk ook een beslissingsondersteunend instrument voor de patiënt. Deze richtlijn, en de hierbij behorende versie voor niet-medici, beogen de persoon met migraine in staat te stellen een actieve rol te vervullen in de beheersing van zijn migraine en te komen tot gezamenlijke besluitvorming (shared decision making) met de werkgever, de arboprofessionals en de zorgprofessionals.

Een focusgroep van 13 personen met migraine is in 2010 gevraagd naar knelpunten die zij ondervinden in hun werk. In een bijeenkomst zijn deze knelpunten nader uitgewerkt en meegenomen bij het opstellen van de uitgangsvragen. In 2009 is in het kader van het Eurolight project (Linde, 2012) een TNS NIPO enquête via internet gehouden, waarin respondenten bevraagd zijn over hun hoofdpijn en de invloed daarvan op hun leven. In 2012 zijn, via een vragenlijst, nogmaals 150 leden van de NVvHP uitgebreid bevraagd over het beloop van hun migraine in de werksituatie en mogelijke beheersingsmaatregelen. De uitkomsten hiervan staan weergegeven in het hoofdstuk 'Mensen met migraine spreken'. Over deze zaken en de verdere ontwikkeling van de richtlijn is tevens gepubliceerd in het blad 'Hoofdzaken' van de patiëntenorganisatie.

Implementatie

Tijdens het ontwikkelproces van de richtlijn is zoveel mogelijk rekening gehouden met de daadwerkelijke uitvoerbaarheid van de aanbevelingen.

De richtlijn en de versie voor niet-medici zijn geplaatst op de website van de NVvHP en aangeboden aan alle participerende beroepsverenigingen en organisaties. Voor de werkomgeving is een digitale brochure samengesteld, gebaseerd op deze richtlijn, met aanbevelingen om uitval door migraine te beperken.

De NVvHP organiseert trainingen (in vivo en via internet) om mensen met migraine te leren op welke wijze de versie voor niet-medici optimaal gebruikt kan worden.

Juridische betekenis van de richtlijn

Een richtlijn bestaat niet uit wettelijke voorschriften, maar uit *aanbevelingen*, die zoveel mogelijk op bewijs en consensus zijn gebaseerd. In het streven om optimale zorg te verlenen zullen zorgprofessionals in het algemeen aan de aanbevelingen voldoen. Deze aanbevelingen zijn gericht op de 'gemiddelde' persoon met migraine. In de praktijk kunnen situaties anders zijn dan in deze richtlijn staat weergegeven. Zorgprofessionals kunnen daarom, op basis van hun professionele autonomie, afwijken van de richtlijn. Wanneer dit gebeurt, dient dit, in overleg met de betrokken persoon met migraine, beargumenteerd en gedocumenteerd te worden.

Herziening van de richtlijn

De richtlijn zal vijfjaarlijks worden getoetst aan de wetenschappelijke ontwikkelingen door een nog samen te stellen multidisciplinaire commissie. De NVvHP neemt hiervoor het initiatief. De commissie draagt de verantwoordelijkheid om tussentijdse peilingen bij de beroepsgroepen te verrichten naar de behoefte voor herziening(en) van de huidige richtlijn.

LITERATUURREFERENTIES

Couturier EGM, Bomhof MAM, Gooskens RHJM, Keyser A, Mulleners WM, Sorbi MJ. Richtlijnen diagnostiek en behandeling chronisch recidiverende hoofdpijn zonder neurologische afwijkingen 2007. Eerste herziening: 1-104.

International Headache Society (IHS): The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia 2013;33(9):629-808.

Launer LJ, Terwindt GM, Ferrari MD. The Prevalence and Characteristics of Migraine in a Population-Based Cohort. The G.E.M.-Study (GEM=Genetic Epidemiology of Migraine). Neurology 1999;53(3):537-542.

Linde M, Gustavsson A, Stovner LJ, Steiner TJ, Barré J, Katsarava A, et al. The cost of headache disorders in Europe: the Eurolight project. European Journal of Neurology 2012;19:703–e43.

Lipton RB, Stewart WF, Korff M von. Burden of migraine: societal costs and therapeutic opportunities. Neurology 1997;48(Suppl 3):S4-S9.

Pop PHM, Gierveld CM, Karisc HAM, Tiedink HGM. Epidemiological aspects of headache in a workplace setting and the impact on the economic loss. European Journal of Neurology 2002;9:171-174.

Regieraad Kwaliteit van Zorg. Richtlijn voor Richtlijnen. Derde editie, 2012.

http://www.regieraad.nl/fileadmin/www.regieraad.nl/publiek/Actueel/RVR/Richtlijn_voor_richtlijnen_der_de_herziene_editie.pdf

Renselaar C van, Jansen DJ. Een vergeten en dure epidemie. De economische gevolgen van migraine in Nederland. Amsterdam. Rapport Nederlandsche Bank, augustus 2008.

RIVM. International Classification of Functioning, Disability and Health. ICF; Nederlandse vertaling. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2002,2007.

Steiner TJ, Scher AI, Stewart WF, Kolodner K, Liberman J, Lipton RB. The prevalence and disability burden of adult migraine in England and their relationships to age, gender and ethnicity. Cephalalgia 2003;23:519–527.

Terwindt GM, Ferrari MD, Tijhuis M, Groenen SMA, Picavet HSJ, Launer LJ. The impact of migraine on quality of life in the general population. The GEM study. Neurology 2000;55(1):624-629.

WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health. ICF. Geneva: World Health Organization, 2002,2007.

Wat verstaan we onder migraine?

Migraine is een chronische neurovasculaire hersenziekte die zich met name manifesteert door aanvallen van hevige hoofdpijn. Migraine komt relatief veel voor; de prevalentie in Nederland wordt geschat op ongeveer 19%, 7,5% bij mannen en 25% bij vrouwen (Linde, 2012; Launer, 1999). Migraine is voor meer dan 50% erfelijk bepaald.

We spreken van de aandoening 'migraine' wanneer er tenminste vijf hoofdpijnaanvallen zijn opgetreden, die voldoen aan de criteria van de International Headache Society (IHS) (IHS, 2004).

Over de exacte oorzaak van migraine is nog lang niet alles bekend. Aangenomen wordt dat de hersenen van personen met migraine gekenmerkt worden door een verlaagde drempel voor het ontstaan van migraineaanvallen (Goadsby, 2002), waardoor een veelvoud aan intrinsieke en extrinsieke triggerfactoren (persoonlijke kenmerken en kenmerken uit de omgeving) er gemakkelijk op kan aangrijpen. Deze verlaagde drempel is waarschijnlijk multifactorieel bepaald, waarbij de erfelijke component de belangrijkste is. Deze visie wordt gesteund door de identificatie van een aantal genmutaties in families met de zeldzame migrainevariant familiäre hemiplegische migraine (Van den Maagdenberg, 2004). Een van deze mutaties leidt tot veranderingen in neuronale elektrofysiologische kenmerken en tot een verlaagde drempel voor inductie van de zogenaamde Cortical Spreading Depression (CSD = een golf van verminderde corticale neuronale activiteit in de hersenschors die van achter in het hoofd naar voren loopt [van occipitaal naar frontaal]).

Een migraineaanval wordt in gang gezet door een ontregeling van het zenuwstelsel. Er ontstaat een pathologische activatie tussen de nervus trigeminus en het vasculaire systeem in verschillende delen van de hersenen. De neurotransmitter serotonine speelt hierin een belangrijke rol. Deze disfunctie begint waarschijnlijk in de hersenstam, waar de zogenaamde migraine generator is gesitueerd. Migrainepatiënten hebben een abnormale reactiviteit (verhoogde excitabiliteit=vatbaarheid voor prikkels) in deze regio en zijn daardoor minder in staat de migrainetriggers adequaat te verwerken. Deze reactiviteit komt waarschijnlijk door erfelijke afwijkingen in neuronale ion-kanalen die de verhoogde excitabiliteit van cellen in deze regio kunnen veroorzaken. Deze leiden vervolgens tot disfunctioneren in de signaalverwerking binnen de banen betrokken bij de modulatie van pijn en craniovasculaire functies.

Twee eeuwen geleden zag men de oorzaak van migraine in de bloedvaten, later in het zenuwweefsel. In de jaren 60 van de vorige eeuw werd de remmende rol van serotonine aangetoond. Op de tekentafel werd een hoogspecifiek antidotum of tegengif ontworpen, dat 30 jaar later voor het eerst leidde tot werkzame aanvalsafbrekende middelen, serotonine-agonisten, de zogenaamde triptanen.

De hersenen zelf zijn nauwelijks pijngevoelig; de vliezen er omheen wel. Men denkt dat de pijnoverdracht naar de hersenen wordt gestart wanneer de bloedvaten in de hersenvliezen verwijden. Daardoor worden de sensibele zenuwtakjes van de nervus trigeminus, die rond de bloedvaten zitten, geactiveerd. De trigeminustakken lopen vanaf deze hersenvliesbloedvaten de hersenen in en eindigen achter de bloedhersenbarrière in de kern van de trigeminus, de nucleus caudalis.

Hiermee wordt een route gecreëerd voor de voortgeleiding van pijnsignalen in de hersenen, waar de hoofdpijn wordt waargenomen. Tijdens deze eerdergenoemde CSD is er soms sprake van een aura (Goadsby, 2002).

Een migraineaanval is meer dan alleen hoofdpijn. Er kunnen vijf fasen worden onderscheiden, welke alle aan de IHS-criteria moeten voldoen (Linde, 2006; International Headache Society, 2004; Blau, 1992):

1. waarschuwingsfase (prodromale fase)
2. aurafase
3. hoofdpijnfase
4. fase waarin de hoofdpijn langzaam verdwijnt
5. herstelfase (postdromale fase).

Lang niet alle personen met migraine hebben evenveel last van alle fasen. Bovendien is de tijdsduur van de verschillende fasen variabel.

1. De waarschuwingsfase (prodromale fase)

De waarschuwingsfase wordt door drie van de vijf personen met migraine ervaren. Deze mensen zijn vaak in staat hun migrainehoofdpijn uren tevoren te voorspellen. Activiteiten, die als symptomen voor deze fase (premonitory signs) kunnen worden beschouwd, zijn ondermeer concentratieproblemen, herhaald geeuwen, sterke trek in bepaalde voedingsmiddelen, een stijve nek, vocht vasthouden, depressiviteit, overgevoeligheid voor prikkels (Kelman, 2006; Linde, 2006; Blau, 1992).

Bepaalde vormen van overgevoeligheid van de zintuigen, die zich vooral manifesteren tijdens de hoofdpijnfase, beginnen bij veel mensen al in de waarschuwingsfase.

Het is belangrijk deze prodromen of voortekenen te kennen omdat dan tijdig actie ondernomen kan worden. Lang niet iedereen heeft dezelfde voortekenen, maar per persoon verschillen de prodromen in het algemeen niet veel per aanval.

2. De aurafase

Voor ongeveer 15% van de personen met migraine treden er, gedurende een korte periode direct voorafgaand aan de hoofdpijn één of meer andere symptomen op, de 'aura'. Deze kan bestaan uit:

- visuele symptomen als gezichtsvelduitval of juist het zien van lichtflitsen, vlekken of sterretjes
- gevoelssymptomen als tintelingen aan één kant van het lichaam
- halfzijdige krachtsvermindering
- spraakstoornissen.

Elk aura symptoom is volledig reversibel en houdt 5 - 30 minuten, gemiddeld 22 minuten aan. Meestal treedt er maar één aurasymptoom op en dan vooral de visuele aura.

3. De hoofdpijnfase

Deze fase voldoet aan de volgende karakteristieken (ICHD-II):

- A de hoofdpijn treedt op in aanvallen van 4-72 uur (onbehandeld)
- B de hoofdpijn heeft tenminste twee van de onderstaande kenmerken:
 - pijn varieert van matig tot ernstig
 - pijn zit meestal aan één kant van het hoofd
 - pijn voelt bonzend of kloppend aan
 - pijn verergert door lichamelijke inspanning, zoals traplopen.
- C gedurende de hoofdpijn heeft de persoon met migraine last van tenminste één van onderstaande verschijnselen:
 - misselijkheid en/of braken
 - overgevoeligheid voor licht (fotofobie) en/of geluid (fonofobie).
- D genoemde punten kunnen niet worden toegeschreven aan een andere ziekte.

4. De fase, waarin de hoofdpijn langzaam verdwijnt

De onbehandelde hoofdpijn verdwijnt langzaam in de loop van de uren. Vaak verbetert een aanval door te slapen. De hoofdpijn kan bij aanvankelijk effectieve behandeling nog terugkomen, zelfs nadat deze volledig verdwenen lijkt te zijn (recurrence).

5. De herstelfase (postdromale fase)

Wanneer de hoofdpijn is verdwenen, doen zich bij de meeste personen met migraine postdromale symptomen voor, waardoor de patiënt zich nog niet fit voelt. Tot deze symptomen behoren: fysieke en geestelijke vermoeidheid, concentratieverlies, zich niet plezierig voelen, stemmingsveranderingen zoals geïrriteerdheid, winderigheid en constipatie (Kelman, 2006; Quintela, 2006; Blau, 1991).

Zowel de prodromale als de postdromale verschijnselen komen meer voor bij personen met migraine mét aura. Deze symptomen doen zich iets minder voor wanneer profylactische medicijnen worden gebruikt (Quintela, 2006). De verschijnselen kunnen er toe leiden dat zowel op het werk als in het sociale leven activiteiten minder goed uitgevoerd kunnen worden.

Het vóórkomen van migraine-aanvallen

Tot de puberteit komt migraine meer voor bij jongens dan bij meisjes. Daarna blijft de prevalentie bij jongens ongeveer gelijk (5-7%), de prevalentie bij meisjes neemt fors toe. De prevalentie is het hoogst (ongeveer 19%) in de meest productieve jaren, dus tussen de 25 en 55 jaar. De verhouding man:vrouw is ongeveer 1:3. Na de menopauze neemt het aantal aanvallen bij vrouwen in het algemeen af.

De frequentie van de migraineaanvallen varieert sterk van persoon tot persoon en kan ook per individu verschillen. Gemiddeld betekent dit twee migraineaanvallen per maand (Lipton, 2005), maar een frequentie tot vier keer per maand is geen uitzondering.

Wanneer migraine optreedt op meer dan 15 dagen per maand, gedurende een periode van drie maanden of langer, spreken we van chronische migraine. Deze aandoening kan worden veroorzaakt door een ondoelmatig overgebruik van medicijnen om een migraineaanval af te kappen (medicatie-overgebruik-hoofdpijn).

Voetnoot

Nieuwe definitie van Chronische Migraine (ICHD-III beta; 2013)

≥15 dagen /maand hoofdpijn, met ≥ 8 dagen migraine of gebruik van acute migraine medicatie

Nieuwe definitie van Medicatie overgebruik hoofdpijn (MOH) (ICHD-III beta; 2013)

gedurende minimaal 3 maanden

≥ 15 dagen/maand hoofdpijn met

≥ 10 dagen/maand triptanen of

≥ 15 dagen/maand pijnstillers of

≥ 10 dagen/maand combinatie van deze middelen.

LITERATUURREFERENTIES

Blau JN. Migraine postdromes. *Cephalalgia* 1991;11:229-231.

Blau JN. Migraine: theories of pathogenesis. *The Lancet* 1992;339:1202-1207.

Goadsby PJ, Lipton RB, Ferrari MD. *N Engl J Med* 2002;346:257-270.

International Headache Society (IHS): The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia* 2013;33(9):629-808.

Kelman L. The postdrome of the acute migraine attack. *Cephalalgia* 2006;26:214-220.

Launer LJ, Terwindt GM, Ferrari MD. The Prevalence and Characteristics of Migraine in a Population-Based Cohort. The G.E.M.-Study (GEM=Genetic Epidemiology of Migraine). *Neurology* 1999;53(3):537-542.

Linde M. Migraine: a review and future directions for treatment. *Acta Neurol Scand* 2006;114:71-83.

Linde M, Gustavsson A, Stovner LJ, Steiner TJ, Barré J, Katsarava A, et al. The cost of headache disorders in Europe: the Eurolight project. *European Journal of Neurology* 2012;19:703–711

Lipton RB, Bigal ME. Migraine: Epidemiology, Impact, and Risk Factors for Progression. *Headache* 2005;45(Suppl 1):S3-S13.

Maagdenberg AM van den, Pietrobon D, Pizzorusso T, Kaja S, Broos LA, Cesetti T et al. A Cacna1a knockin migraine mouse model with increased susceptibility to cortical spreading depression. *Neuron* 2004;41(5):701-10.

Quintela E, Castillo J, Muñoz P, Pascual J. Premonitory and resolution symptoms in migraine: a prospective study in 100 unselected patients. *Cephalalgia* 2006;26:1051–1060.

Mensen met migraine spreken

1. Inleiding

In 2008 en 2009 is er een grootschalig Europees onderzoek gehouden naar het vóórkomen van hoofdpijn in zijn verschillende vormen. Dit onderzoek staat bekend als het Eurolight-project. In Nederland is het onderzoek uitbesteed aan TNS-NIPO. In dit onderzoek zijn de antwoorden van 2414 personen (mannen en vrouwen gelijk verdeeld) verwerkt. Op basis hiervan komt de 1-jaarsprevalentie van migraine in Nederland uit op bijna 20%. Gezien dit hoge percentage mag worden verwacht dat migraine een behoorlijke invloed heeft binnen de werkende bevolking. Om hierin nog wat gedetailleerder inzicht te krijgen, is in de zomer van 2012 onder de leden van de NVvHP een enquête gehouden naar de invloed van migraine op hun werk. Hiertoe hebben 150 personen met migraine (67% vrouwen) een door TNO gevalideerde vragenlijst ingevuld. De in het vervolg vermelde getallen hebben betrekking op de antwoorden die zijn gegeven door de 150 NVvHP-leden die hebben gereageerd op de enquête.

2. Frequentie en duur van migraineaanvallen

Hoe vaak komt een aanval voor?

1- 5 x per jaar	4%
6-11 x per jaar	5%
1 x per maand	13%
2 x per maand	19%
3 x per maand	12%
1 x per week	19%
2 x per week	19%
>2 x per week	8%

Hoe lang duurt een aanval, indien deze niet wordt behandeld?

<4 uur	3%
5- 9 uur	13%
10-19 uur	9%
20-29 uur	9%
30-47 uur	8%
48-72 uur	11%
>72 uur	4%
weet niet	43%

De reden dat 43% niet weet hoe lang een onbehandelde aanval duurt, is dat deze groep altijd medicatie neemt bij een aanval.

3. Behandeling van een aanval

3.1. Aanvalsgewijze behandeling

Hebt u een succesvolle aanvalsbehandeling gevonden voor uw migraine?

Ja, een triptan	64%
Ja, een middel tegen misselijkheid	0%
Ja, een pijnstiller	4%
Ja, een combinatie van een triptan en een middel tegen misselijkheid	2%
Ja, een combinatie van een pijnstiller en een middel tegen misselijkheid	1%
Ja, een combinatie van een triptan, een pijnstiller en een middel tegen misselijkheid	13%
Ja, iets anders	1%
Nee	15%

De triptanen zijn dus in 79% succesvol, al dan niet in combinatie met een ander middel.

3.2. Profylaxe

Van de geënquêteerden gebruikt ongeveer de helft profylactische medicijnen. Meer dan 80% hiervan doet dit op dagelijkse basis. Volgens het Eurolight-onderzoek gebruikt nog geen 12% van de migrainepatiënten profylaxe.

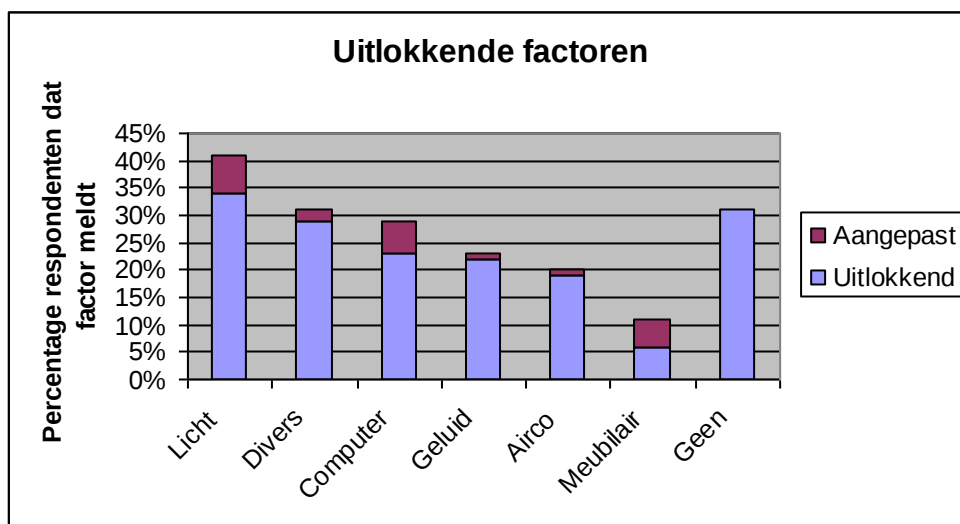
4. Uitlokkende factoren en eventuele aanpassingen

4.1. Fysieke factoren op de werkplek

Er is gevraagd of er op de werkplek factoren zijn die volgens de geënquêteerden migraine kunnen uitlokken. Tevens is gevraagd in hoeverre er zaken op de werkplek zijn aangepast.

Er konden meerdere antwoorden worden gegeven. De genoemde percentages hebben betrekking op de 150 deelnemers van de enquête.

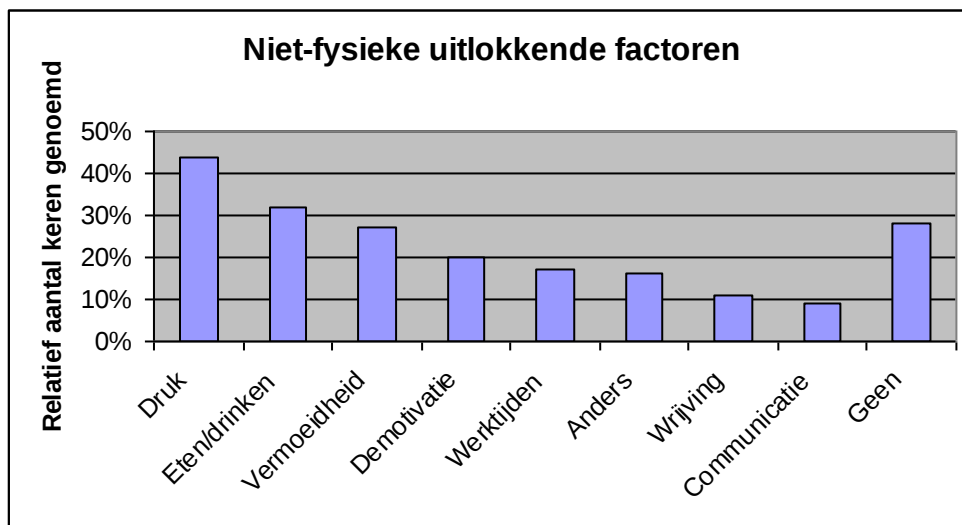
Uitlokkende factor	Gerapporteerd	Aanpassingen
Geen	31%	
Storend licht	34%	7%
Storend geluid	22%	1%
Airconditioning	19%	1%
Meubilair	6%	5%
Computer	23%	6%
Anders	29%	2%



4.2. Andere factoren in verband met het werk

Er is ook gevraagd naar niet-fysieke factoren, die volgens de geënquêteerden een migraineaanval kunnen uitlokken. Ook hier konden meerdere antwoorden worden gegeven.

Uitlokkende factor	
Geen	28%
Werken onder druk	44%
Gebrek aan communicatie	9%
Onregelmatige werktijden	17%
Demotiverende omstandigheden	20%
Wrijving tussen collega's	11%
Niet op tijd kunnen eten of drinken	32%
Te grote vermoeidheid door het werk	27%
Anders	16%



5. Beperkingen

Er is gevraagd of men als gevolg van een migraineaanval beperkingen ondervond bij activiteiten die met het werk te maken hebben. Het ging o.a. om de volgende vragen:

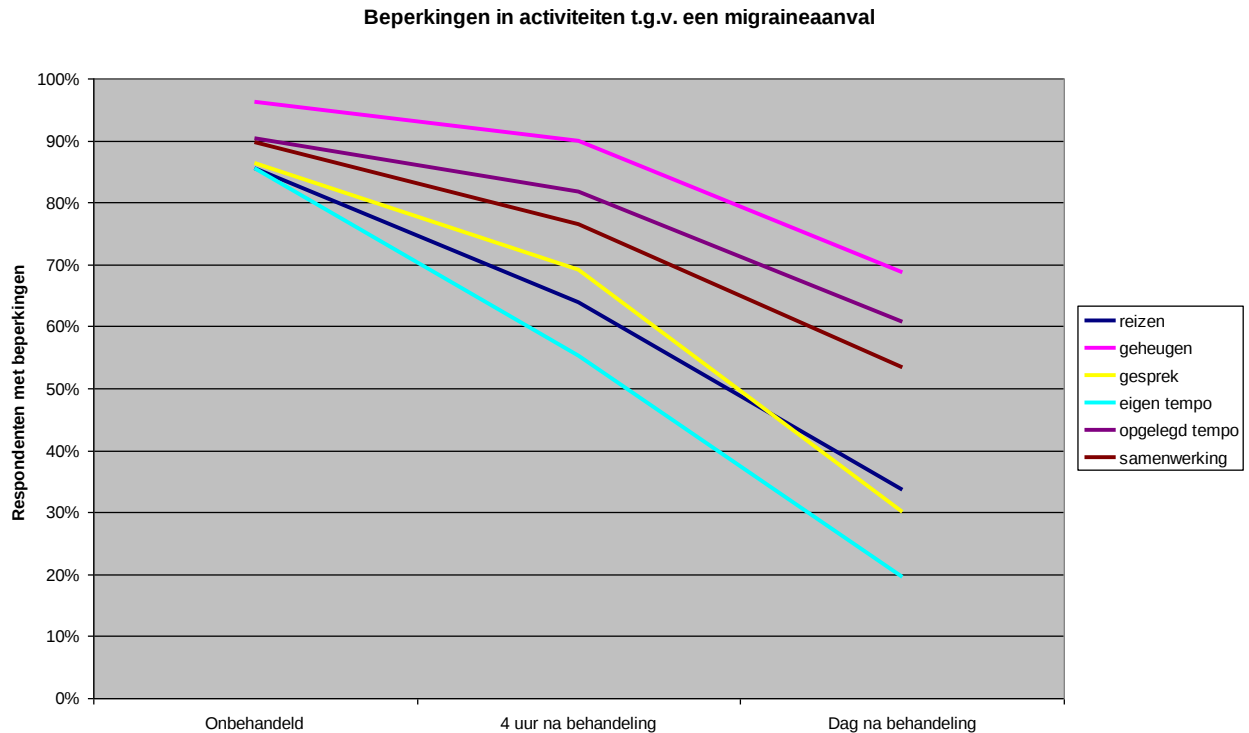
Ervaart u beperkingen op uw werk:

- bij het reizen van en naar uw werk
- tengevolge van problemen met uw geheugen, met uw concentratie of met het nadenken
- bij het voeren van een (telefoon)gesprek
- bij het doen van dingen in een rustige omgeving in uw eigen tempo
- bij het doen van dingen in een onrustige omgeving in een opgelegd tempo
- bij overleg, plannen, afstemmen van werkzaamheden en andere samenwerking met collega's

als gevolg van onbehandelde migraine, als gevolg van migraine vier uur na ingenomen medicatie en als gevolg van migraine een dag na ingenomen medicatie.

In onderstaande tabel vindt men het percentage respondenten dat beperkingen, al dan niet zware, ondervond bij diverse activiteiten.

Activiteit	Onbehandeld	4 uur na behandeling	Dag na behandeling
Reizen	86%	64%	34%
Geheugen	96%	90%	69%
Gesprek	86%	69%	30%
Eigen tempo	86%	55%	20%
Opgelegd tempo	90%	82%	61%
Samenwerking	90%	77%	53%



In dit overzicht zijn alleen diegenen betrokken die buiten de migraineaanvallen om helemaal geen beperkingen hadden.

6. Openheid

6.1. Openheid over een aanval

Veel mensen vinden het moeilijk om als zich een aanval aandient dat te delen met de naaste werkomgeving. Hoe vaak vertelt men de leidinggevende en/of collega's dat er een migraine-aanval op komst is?

Altijd	17%
Bijna altijd	25%
Soms	48%
Nooit	11%

Volgens het Eurolight-onderzoek vermijdt 37% openheid te geven over het hebben van migraine.

6.2. Voorlichting geven over migraine door patiënten

Er is gevraagd of men uitleg geeft over migraine en over het begrip dat men hiervoor ondervindt.

	Uitleg	Begrip collega's	Begrip leidinggevende
Een beetje	22%	30%	27%
Ja	61%	65%	64%
Nee	17%	5%	9%

7. Medewerking van het bedrijf

Afspraken met de leidinggevende over migraine:

Geen	33%
Flexibele werktijden	7%
Naar huis gaan bij een aanval	20%
Combinatie van bovenstaande	23%
Anders	17%

Geen van de geënquêteerden gaf aan bij een migraineaanval het werk over te dragen aan collega's.

Er is gevraagd naar hulp van de werkgever bij behandeling of beheersing van migraine:

Geen hulp	81%
Coachingstraject	3%
Contact leggen met artsen	3%
Combinatie van bovenstaande	2%
Anders	11%

Geen van de geënquêteerden gaf aan een therapie te hebben gekregen die was toegespitst op migraine en werk.

8. Begrip bij de bedrijfsarts

Van de geënquêteerden heeft 37% contact gehad met een bedrijfsarts. Gevraagd werd of de bedrijfsarts begrip had voor migraine. De volgende antwoorden werden gegeven:

Nee	24%
Ja, maar niet afdoende	22%
Ja	55%

9. Schuldgevoelens

Op de vraag of men zich schuldig voelt ten opzichte van collega's als men migraine heeft, werden de volgende antwoorden gegeven:

Altijd	31%
Soms	43%
Niet	26%

10. Conclusies

Migrainepatiënten aangesloten bij de NVvHP gebruiken aanzienlijk meer profylactische medicijnen dan de gemiddelde migrainepatiënt. Dit zou er op kunnen duiden dat leden van een patiëntenvereniging beter zijn voorgelicht dan niet-leden. Het kan ook betekenen dat leden frequenter migraine beleven dan gemiddeld. Dit geldt voor 27% van de ondervraagden. Behandeling van een migraineaanval levert een aanzienlijke reductie op van de beperkingen die men ervan ondervindt in verband met het werk. Het is dus van belang patiënten erop te wijzen dat er goede medicatie bestaat.

Daar waar er contact is geweest met een bedrijfsarts, ervaart men in veel gevallen niet voldoende begrip. Betere communicatie lijkt gewenst.

Aanpassingen aan de werkplek worden vooral geëffectueerd waar deze weinig ingrijpend zijn (zoals bij meubilair).

Bij driekwart van de geënquêteerden is sprake van schuldgevoelens. Dit kan duiden op werknemers met veel verantwoordelijkheidsbesef.

Hoofdstuk 1. Frequentie en intensiteit van migraine op de werkplek

Uitgangsvraag:

In welke frequentie en met welke intensiteit komt migraine voor op de werkplek?

Inleiding

Deze vraag is minder eenduidig te beantwoorden dan gewenst. In eerste instantie is een antwoord gezocht dat berust op kwalitatief goede wetenschappelijke bevindingen in de Nederlandse (bedrijfs)situatie, waarbij er geen verstorende invloeden zijn van niet op Nederlandse leest geschoeide gezondheidszorgsystemen, hulpzoekgedrag of verzekerings-systemen. Er zijn weinig artikelen gevonden die aan deze eis voldeden. Daarom zijn niet-Nederlandse publicaties voor de beantwoording van deze vraag eveneens meegenomen. Daarbij is voor het gebruik van artikelen voor dit hoofdstuk door de opstellers meegewogen dat onderzoek in (landen van) Europese setting van meer betekenis kan zijn voor de Nederlandse situatie dan resultaten uit onderzoek in Amerikaanse (US) setting of 'exotischer' setting (*next best benadering*).

Een tweede probleem is het aantal artikelen dat getraceerd kan worden op de zoekterm frequentie. Onderzoek binnen het kader van de werkplek is beperkt, zowel voor (systematische) reviews, als voor prospectieve- en retrospectieve cohortonderzoeken. Er zijn onderzoeken waarbij de frequentie van migraineaanvallen via zogenaamde hoofdpijndagboeken wordt opgetekend, of door recall (interviews of vragenlijsten achteraf), maar in de meeste onderzoeken is de frequentie afgeleid uit registratie van het arbeidsverzuim. Gebruik van de laatste methode betekent dat lichtere aanvallen, waarbij met verminderde productiviteit wordt doorgewerkt, niet worden meegeteld.

In veel artikelen wordt de frequentie van migraineaanvallen op het werk gerelateerd aan het vóórkomen van migraine in de onderzochte populatie. De meeste literatuur heeft betrekking op representatieve algemene bevolkingspopulaties met een normale verdeling van man/vrouw, werkend/niet werkend, leeftijd en ras (vooral Amerikaans onderzoek). Het vóórkomen van migraine in deze populaties is vaak uitgangspunt voor de berekening van arbeidsverzuim en kosten. Deze uitkomsten moeten worden beschouwd als een indirecte maat voor het vóórkomen van aanvallen van migraine op het werk, maar ook voor de mate van uitval uit het werk (absenteïsme) als gevolg van een migraineaanval.

Een derde probleem betreft de intensiteit van migraineaanvallen op het werk. In sommige onderzoeken wordt dit wel, en in andere niet meegenomen. Hiervoor worden verschillende maten gehanteerd. Pijn en 'disability' (mate van verminderd functioneren) samen zijn een maat voor de intensiteit van de aanvallen. In veel, vooral Amerikaanse, literatuur wordt wél op het werk aanwezig zijn, maar met verminderd functioneren, presenteïsme genoemd, wat vervolgens weer wordt omgezet in verzuim. Aldus wordt arbeidsverzuim, als maat voor verlies aan productiviteit en voor kosten (voor de werkgever of economische kosten voor de maatschappij) in de literatuur uitgedrukt in drie maten, namelijk: verzuimdagen (LWD of *lost working days*, ook wel aangeduid als absenteïsme), een percentage verlies aan productiviteit

indien rond een migraineaanval geheel of gedeeltelijk wordt doorgewerkt (LWDE of *lost working day equivalents*, ook wel aangeduid als presenteïsme) en de som van LWD en LWDE die LPT (*lost productive time*) wordt genoemd.

Omdat absentieïsme (arbeidsverzuim) mede verband houdt met landelijke wet- en regelgeving, is met name gezocht naar onderzoek in de Nederlandse situatie. In Nederland wordt geen landelijke verzuimstatistiek bijgehouden waarin ook de reden van het verzuim is betrokken. Enkele instellingen, zoals grote arbodiensten, publiceren wel vanuit hun eigen verzuimstatistieken met enige regelmaat over de relatie tussen de aard en omvang van het verzuim naar frequentie en duur in dagen. Er is echter geen Nederlandse statistiek bekend over de relatie tussen migraine en arbeidsverzuim. Het UWV (Uitkeringsinstelling Werknemers Verzekeringen) houdt wel gegevens bij van beoordelingen in het kader van arbeidsongeschiktheidsregelingen. UWV-cijfers hebben betrekking op werknemers die na twee jaar arbeidsverzuim zijn beoordeeld op hun arbeidsgeschiktheid voor werk en daarmee op het recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Door de aard van de ziekte migraine (in het algemeen geen langdurig arbeidsverzuim) en vanwege het feit dat de beperkingen en niet de ziekte bepalend zijn voor een uitkering levert dit weinig relevante gegevens op met betrekking tot de uitgangsvraag.

Literatuur

De uitgangsvraag wordt in onderstaande onderzoeken voor een deel en op verschillende manieren uitgewerkt en de resultaten worden in verschillende maten uitgedrukt. Indien mogelijk is getracht gegevens om te rekenen naar prevalentiecijfers en naar LWD, LWDE en LPT.

Werkplek-setting Nederland

Er zijn weinig artikelen gevonden die betrekking hebben op de Nederlandse situatie. Er is onderzoek gedaan in een groot Nederlands productiebedrijf, met een respons van ruim 1000 deelnemers (Pop, 2002). De populatie is niet representatief voor de Nederlandse werkende bevolking. Met behulp van vragenlijsten is retrospectief cohort onderzoek gedaan onder deze populatie naar het vóórkomen van hoofdpijn, zoals migraine en spanningshoofdpijn, en naar de (economische) impact ervan. Ruim 10% meldde via zelfrapportage migraine. Na toepassing van de IHS criteria komen de onderzoekers tot 15% migrainepatiënten in deze populatie; zij constateren onderdiagnostisering. De impact is uitgedrukt in kosten op basis van LPT, dus zowel absentieïsme als presenteïsme in de voorbije maand. Over die maand rapporteerde bijna 40% een episode met hoofdpijn; op basis van de IHS criteria had 12,4% een episode met migraine. Bij 2,5 % van de respondenten resulteerde de hoofdpijn in verzuim van gemiddeld 3,8 dagen per vier weken. Nog eens 29 % van alle respondenten werkte door met hoofdpijn, wat resulteerde in 20,7 % verminderde effectiviteit. Op basis van hun gegevens hebben de onderzoekers geschat dat de LPT ongeveer 21 dagen per jaar bedraagt. De berekende LPT geldt voor de hele groep die hoofdpijn rapporteert en is niet uitgesplitst naar migraine en andere soorten hoofdpijn.

In 2011 is onderzoek gedaan naar de impact op het werk van onder andere migraine bij een representatieve groep uit de Nederlandse beroepsbevolking (De Graaf, 2011).

Door middel van interviews en vragenlijsten is de prevalentie en de impact op productiviteit (absenteïsme en presenteïsme) bepaald. Zij berekenen dat 3,8% van de werkende bevolking lijdt aan migraine.

Werkplek-setting internationaal

Een prospectief cohortonderzoek is gedaan onder een groep werkende mensen met migraine in de V.S. (Von Korff, 1998). Na toepassing van de IHS-criteria zijn 174 personen in de studie ingesloten, die gedurende drie maanden een hoofdpijndagboek hebben ingevuld. Van deze groep werkten 122 personen minimaal drie dagen per week. Omgerekend komen de auteurs op een prevalentie van migraine onder de volwassen bevolking van maximaal 16%. De respondenten meldden over dat kwartaal episoden met migraine (2,2 dagen), migraine-achtige hoofdpijn (2,1 dagen) en andere vormen van hoofdpijn (3,8 dagen). De LWD (arbeidsverzuim) is voor alle vormen van hoofdpijn tezamen berekend op 4,4 dagen per jaar en het aantal LWDE op 12 dagen per jaar. In de migrainegroep is het aantal LWD 2,8 dagen per jaar en het aantal LWDE 5,8 dagen per jaar berekend op een gemiddeld gerapporteerde verminderde effectiviteit op migrainedagen van 41%.

Slechts een kleine groep migrainepatiënten (20%) blijkt in dit onderzoek verantwoordelijk voor het merendeel van het arbeidsverzuim, namelijk voor meer dan 75% van de LWD. LWDE worden wel door vrijwel alle respondenten gerapporteerd. Ook is er een relatie tussen het aantal hoofdpijnaanvallen per maand en de omvang van het dienstverband; bij een hogere frequentie van migraine is het aantal werkdagen per week vaak al beduidend lager.

Een niet representatieve cohortstudie is in Finland uitgevoerd onder vrouwen, werkzaam in overheid en gezondheidszorg (Mäki, 2008). De onderzoeksgroep is over een periode van drie jaar (2000-2002) gevolgd met betrekking tot klachten en arbeidsverzuim. Het gebruik van triptanen is beschouwd als bevestiging van de diagnose. De reden voor verzuim korter dan drie dagen is op basis van zelfrapportage en voor verzuim langer dan drie dagen op basis van een medische verklaring. Van de ruim 27.000 respondenten in de studie verklaarde 23,8% te lijden aan migraine. Vergelijken met de overige deelnemers, bleken migrainepatiënten 5,4 extra ziektedagen per jaar te hebben.

De impact van migraine en hoofdpijn op werk in de V.S. is onderzocht in een onderzoeksbestand uit 2004 (Stewart, 2010; Stewart, 2008). De deelnemers voldeden aan de IHS criteria. De onderzoekers vinden, omgerekend, een LPT van ongeveer 11 dagen per jaar, waarvan ruim acht dagen LWDE en krap drie dagen LWD; dus ongeveer driekwart van de LPT komt voor rekening van de LWDE. Zij vinden een positief verband tussen het aantal hoofdpijndagen per maand, de pijnscore en de omvang van de LPT. Tevens constateren zij dat een hogere migraine frequentie correleert met minder uren betaald werk.

In een internationaal onderzoek is, over meerdere continenten, onderzocht wat de impact van migraine is op arbeidsverzuim (Gerth, 2001). Onderstaand zijn uitsluitend de Europese gegevens (N=1487) meegenomen. In de groep met betaald werk werd, als gevolg van migraine, een LWD van 8,2 dagen per jaar berekend.

Gemiddeld werd ongeveer 160 uur (20 dagen) per jaar doorgewerkt met migraine. Met een productiviteit van 48% ten opzichte van 'normaal' resulteert dit in 11,2 LWDE per jaar.

In een literatuuronderzoek over de periode 1966-1999 zijn verschillen in arbeidsverzuim, zowel in LWD als in LWDE gevonden (Stang, 2001). Uit drie cohortstudies, waarvan de uitkomsten dicht bij elkaar liggen, worden gemiddeld drie dagen arbeidsverzuim (LWD) becijferd en een productiviteitsverlies van 6,9 LWDE. Het totale arbeidsverzuim (LPT) van vrouwen met migraine ligt een factor 2,5 hoger (8,3 dagen) dan voor mannen (3,2 dagen).

In de V.S. (Schwartz, 1997) wordt door 35% van de migrainepatiënten verlies aan arbeidsdagen (LWD) gemeld, door 76% een verlies aan productiviteit (LWDE) en door 32% zelfs een verlies aan productiviteit van meer dan 50%. Dit resulteert in een LWD van 3,2 dagen, een LWDE van 4,9 dagen en een LPT van 8,1 dagen per jaar.

Conclusies

Niveau 2	De frequentie en de intensiteit van migraine op het werk is niet nauwkeurig vast te stellen op basis van de genoemde studies. <i>B Mäki, 2008; Korff, 1998</i> <i>C Stewart, 2010; Stewart, 2008; Pop, 2002; Gerth, 2001; Schwartz, 1997</i> <i>D De Graaf, 2011</i>
Niveau 2	Het is aannemelijk dat migraine een oorzakelijk arbeidsverzuim (lost working days) van drie tot zeven dagen per jaar kan verklaren. <i>B Mäki, 2008; Korff, 1998</i> <i>C Stewart, 2010; Stewart, 2008, 2008; Stang, 2001; Gerth, 2001; Schwartz, 1997</i>
Niveau 3	Het lijkt waarschijnlijk dat migraine een verlies aan productiviteit (lost working day equivalents) tijdens het doorwerken kan verklaren van zes tot tien dagen per jaar. <i>B Korff, 1998</i> <i>C Stewart, 2010; Stewart, 2008; Stang, 2001; Gerth, 2001; Schwartz, 1997</i>
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de intensiteit van migraine op het werk, uitgedrukt in arbeidsverzuim en verlies van productiviteit (lost productive time) voor vrouwen groter is dan voor mannen. <i>C Stang, 2001</i>

Uit bovenstaande artikelen zijn gegevens verkregen over het vóórkomen van migraine op de werkplek. Daarnaast focussen diverse artikelen op het vraagstuk van de impact van migraine, waarbij het werk minder expliciet wordt meegenomen. Meestal hebben deze artikelen betrekking op de prevalentie van de aandoening; soms is er een vertaling naar de gevolgen voor het werk (arbeidsverzuim en/of verminderde productiviteit), soms naar de kosten (directe zorgkosten en indirecte arbeidsverzuimkosten), naar verschillen in sociaaleconomische status en soms naar de gevolgen voor bijvoorbeeld de kans op het vinden van betaald werk.

Prevalentiecijfers

In de GEM-studie (genetic epidemiology of migraine) zijn de prevalentie en de risicofactoren van migraine in Nederland onderzocht (Launer, 1999). In dit onderzoek is een hogere (1-jaars) prevalentie onder met name vrouwen (25%) gevonden dan in andere studies. De IHS criteria zijn toegepast. Volgens deze onderzoeksgroep hebben andere onderzoeken waarschijnlijk onderrapportage.

Uit onderzoek in Spanje (Peñas, 2010) is een prevalentie van 11% (mannen 5,9%; vrouwen 15,9%) berekend met de hoogste prevalentie tussen het 31^e en 50^e levensjaar. Onderzoek in Engeland (Steiner, 2003) laat vergelijkbare cijfers zien: mannen 7,6% en vrouwen 18,3%.

In Europa is onderzoek gedaan naar de sociaaleconomische aspecten van migraine (Stovner, 2006). Uit hun review blijkt dat migraine het meest voorkomt in de werkzame leeftijd (20-50 jaar), met een prevalentie rond de 14% (mannen 7,5%, vrouwen 16,6%); de lifetime prevalentie wordt geschat op 18,5%. In een latere overzichtstudie (Stovner, 2007) wordt de wereldwijde prevalentie geschat op 11% (mannen 6%, vrouwen 14%). De lifetime prevalentie wereldwijd komt dan uit op 15% (mannen 10%, vrouwen 22%). De Europese gemiddelden verschillen niet veel van de waarden uit de eerdere studie. De prevalentie onder vrouwen blijft twee tot drie keer zo hoog als onder mannen.

In een review (Leonardi, 2005) wordt een andere benadering gekozen. Hierin wordt de prevalentie weergegeven, maar vervolgens ook de impact van de mate van 'disability' met het ICF-model en het DALY-begrip (disability-adjusted life years). De data zijn ontleend aan de WHO studie 'Global Burden of Diseases'. Uit relevante Europese studies komen zij tot een prevalentie voor vrouwen tussen 12 en 15% van de bevolking en voor mannen tussen 4 en 6,1%.

Recente studies laten zien dat prevalentiecijfers voor migraine mogelijk nog hoger zijn en er meer verloren gezonde levensjaren optreden. In een recent pan-Europees onderzoek (Linde, 2012) is gekeken naar de kosten van zelf gerapporteerde hoofdpijnaandoeningen onder 18-65 jarigen. Voor Nederland wordt becijferd dat 29% van de respondenten lijdt aan migraine en migraineachtige hoofdpijn. Omgerekend naar migraine volgens IHS criteria is dat 19,6% (Andree, Linde. Personal communication).

Niveau 4

De werkgroep is van mening dat de prevalentie van migraine onder de werkende bevolking niet wezenlijk afwijkt van de prevalentie onder de algemene populatie.

Impact migraine op het werk

Over de impact van migraine op het werk zijn de gegevens niet veel nauwkeuriger. Er is becijferd (De Graaf, 2011) dat migraine garant staat voor jaarlijks vijf verzuimdagen meer. Dit is niet significant meer dan het gemiddeld aantal verzuimdagen door chronische aandoeningen. Het aantal werkdagen waarop mensen met een chronische ziekte naar eigen oordeel minder presteren bedraagt 22,3 dagen per jaar. Op 6,6 dagen hiervan leveren zij werk van mindere kwaliteit. Hiervan zijn er 0 respectievelijk 0,6 direct toe te schrijven aan migraine. Dit is dus nauwelijks meer dan voor werkenden zonder migraine. Uitgedrukt in LPT zijn dan 5,6 dagen toe te schrijven aan migraine in vergelijking met mensen zonder migraine. Gecorrigeerd voor comorbiditeit zou dat 0,5 dag zijn.

In Zweden is het vóórkomen van migraine via zelfrapportage verkregen, maar wel getoetst aan IHS-criteria (Dahlöf, 2001). Er wordt een gemiddelde aanvalsfrequentie van migraine van 1,3 maal per maand gevonden. Een derde van de respondenten vermeldt één of meer verzuimdagen per jaar, uiteenlopend van 1,5 tot 4,2 dagen per jaar.

In Engeland worden gemiddeld 5,7 verzuimdagen per jaar gevonden, vooral veroorzaakt door een kleine minderheid van mensen met veel verzuimdagen door migraine (Steiner, 2003).

In een review (Stovner, 2007) wordt aan de hand van 107 relevante publicaties eveneens getracht een maat te geven voor de impact van migraine, maar dan in de vorm van verminderd werkvermogen. In deze studie vergelijken zij migraine (11%) met hoofdpijn algemeen (46%), TTH of spanningshoofdpijn (42%) en chronische dagelijkse hoofdpijn (3%). Hoofdpijn door medicatieovergebruik is in deze studie niet meegenomen. Zij kennen op een schaal van 0-3 aan migraine een mate van 'disability' toe van 1,4 en aan spanningshoofdpijn 0,6. De impact van migraine op het werkvermogen lijkt daarmee aanzienlijk hoger dan de impact van andere vormen van hoofdpijn.

Er is een review onderzoek gedaan naar het aantal jaren 'leven met een handicap' (Leonardi, 2005). Hierbij wordt geconstateerd dat migraine bij 1,4% van de bevolking verantwoordelijk is voor verloren gezonde levensjaren. Aldus komt migraine op de 19^e plaats in de top 20 van ziekten met de meeste jaren geleefd met een fysieke of mentale handicap. Recent is migraine geclassificeerd in de top-tien van de belangrijkste invaliderende ziekten (Steiner, 2013; Vos, 2012).

Aan migraine gerelateerde kosten

Sommige auteurs hebben geprobeerd inzicht te geven in de impact van migraine door het berekenen van de kosten ervan voor de samenleving. Uit deze onderzoeken (Linde, 2012; De Graaf, 2011; Pop, 2002) komt naar voren dat de directe kosten (zorg, consultatie en medicatie) minder dan 10% van alle kosten vormen en de rest voor rekening komt van de indirecte kosten van arbeidsverzuim en verlies aan productiviteit. Pop schat de kosten in zijn onderzoekspopulatie op bijna 9000 US\$ per maand, zonder dit door te rekenen naar de algehele bevolking. Linde heeft recent een schatting gemaakt van de kosten van migraine voor de samenleving in een pan-Europese studie. Zij becijferen dat 7% van de kosten direct en 93% indirect zijn. De jaarlijkse kosten voor Nederland worden dan geschat op bijna 5 miljard euro per jaar en op circa 1500 euro per migrainepatiënt per jaar, waarbij het merendeel van de kosten dus wordt veroorzaakt door absentisme (arbeidsverzuim) en presenteïsme (verlies aan

productiviteit). Nederland zou daarmee op de eerste plaats staan wat betreft indirecte kosten. Er is in dit onderzoek niet gecorrigeerd voor het in de inleiding genoemde verzekeringssysteem. De Graaf komt veel lager uit. In zijn onderzoek is voor Nederland een verlies van ongeveer 150.000 werkdagen per jaar genoemd hetgeen resulteert in een verlies van circa 32 miljoen euro.

Zoals boven beschreven, wijst veel literatuur op een verband tussen de zwaarte van de migraine (naar frequentie en pijnintensiteit) en de mate van productiviteitsverlies op het werk (LPT). De perceptie dat dit kan betekenen dat er ook een verband is tussen de zwaarte van de migraine en de mate van het hebben van betaald werk of vrijwilligerswerk, wordt in enkele studies aangegeven (Stewart, 2010; Stewart, 2008; Von Korff, 1998).

Overwegingen

Samenvattend kan gesteld worden dat het vóórkomen van migraine onder de bevolking uiteen loopt van minder dan 10% tot 20%, waarbij de prevalentie onder vrouwen ongeveer drie maal zo hoog is als onder mannen. Waarschijnlijk speelt hierbij de menstruatie-gerelateerde migraine een rol van betekenis.

Bij een praktijkgrootte van circa 2000 werknemers lijkt het aannemelijk dat de bedrijfsarts 200 tot 400 potentiële migrainepatiënten zal kunnen ontmoeten.

Het is waarschijnlijk dat het aantal extra verzuimdagen door migraine gemiddeld niet meer bedraagt dan circa vijf dagen per jaar. Het aantal werkdagen met verminderde productiviteit ligt waarschijnlijk dicht bij de 10 dan bij de 20 dagen per jaar.

Door de grote mate van onderrapportage van migraine (door ontkenning, onderdiagnosticering en onderbehandeling) is er voor patiënt, bedrijfsleven en maatschappij bij adequate benadering nog veel winst te behalen met betrekking tot de mate van arbeidsparticipatie van de migrainepatiënt (zie ook uitgangsvraag 3).

Aanbevelingen

1.1

Bedrijfs- en verzekeringsartsen moeten streven naar meer onderzoek naar de frequentie en intensiteit van migraine op de werkplek of de impact van migraine op het werk zodanig vastleggen dat meer onderzoek mogelijk is.

1.2

Voor onderzoek naar de frequentie en intensiteit van migraine op de werkplek is het sterk aan te bevelen dat bedrijfs- en verzekeringsartsen migrainepatiënten alleen als zodanig vastleggen in het CAS-registratiesysteem, als de onderliggende ziekte voldoet aan de IHS criteria.

1.3

Vanwege de impact die migraine lijkt te hebben op het functioneren van de werknemer met migraine, is het sterk aan te bevelen om hiervoor bij de (huis)arts apart aandacht te vragen en bij onduidelijkheid over de diagnose en de impact op het werk voor gespecialiseerd advies te (laten) verwijzen naar artsen met kennis van hoofdpijn bijvoorbeeld naar hoofdpijncentra.

1.4

Het verdient aanbeveling de mate van arbeidsparticipatie van mensen met (zwaardere vormen van) migraine te bevorderen door sterkere focus op juiste diagnosestelling en behandeling door artsen en door facilitering van mogelijke maatregelen op de werkplek door werkgevers.

1.5

Het verdient aanbeveling om gelden beschikbaar te stellen voor onderzoek onder de werkende bevolking naar de frequentie en intensiteit van migraine en naar de economische effecten ervan, gezien de uiteenlopende bevindingen in bestaand onderzoek.

Voetnoot

Waar in deze richtlijn bedrijfsarts staat wordt tevens verzekeringsarts, werkzaam ten behoeve van de 'vangnetpopulatie' bedoeld.

LITERATUURREFERENTIES

Dahlöf C, Linde M. One-year prevalence of migraine in Sweden: a population-based study in adults. *Cephalalgia* 2001;21:664-671.

Gerth WC, Carides GW, Dasbach EJ, Visser WH, Santanello NC. The Multinational Impact of Migraine Symptoms on Healthcare Utilisation and Work Loss. *Pharmacoconomics* 2001;19(2):197-206.

Graaf R de, Tuithof M, Dorsselaer S van, Have M ten. Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2). Trimbos-instituut, Utrecht 2011. ISBN 978-90-5253-714-6.

Korff M von, Stewart WF, Simon DJ, Lipton RB. Migraine and reduced work performance. *Neurology* 1998;50:1741-1745.

Launer LJ, Terwindt GM, Ferrari MD. The Prevalence and Characteristics of Migraine in a Population-Based Cohort. The G.E.M.-Study (GEM=Genetic Epidemiology of Migraine). *Neurology* 1999;53(3):537-542.

Leonardi M, Steiner TJ, Scher AT, Lipton RB. The global burden of migraine: measuring disability in headache disorders with WHO's Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *J Headache Pain* 2005;6:429-440.

Linde M, Gustavsson A, Stovner LJ, Steiner TJ, Barré J, Katsarava A, et al. The cost of headache disorders in Europe: the Eurolight project. *European Journal of Neurology* 2012;19:703-711.

Mäki K, Vahtera J, Virtanen M, Elovainio M, Keltikangas-Järvinen L, M Kivimäki M. Work stress and new-onset migraine in a female employee. *Cephalalgia* 2008;28:18-25.

Peñas Fernández-de-las C, Hernández-Barrera V, Carrasco-Garrido P, Alonso-Blanco C, Palacios-Ceña D, Jimenez-Sánchez S, et al. Population-based study of migraine in Spanish adults: relation to socio-demographic factors, lifestyle and co-morbidity with other conditions. *J Headache Pain* 2010;11:97-104.

Pop PHM, Gierveld CM, Karisc HAM, Tiedink HGM. Epidemiological aspects of headache in a workplace setting and the impact on the economic loss. *European Journal of Neurology* 2002;9:171-174.

Schwartz BS, Stewart WF, Lipton, Richard B. Lost Workdays and Decreased Work Effectiveness Associated With Headache in the Workplace. *Journal of Occupational & Environmental Medicine (JOEM)* 1997;39(4):320-327.

Stang P, Cady R, Batenhorst A, Hoffman L. Workplace Productivity. A Review of the Impact of Migraine and its Treatment. *Pharmacoeconomics* 2001;19(3):231-244.

Steiner TJ, Scher AI, Stewart WF, Kolodner K, Liberman J, Lipton RB. The prevalence and disability burden of adult migraine in England and their relationships to age, gender and ethnicity. *Cephalalgia* 2003;23:519-527.

Steiner TJ, Stovner LJ, Birbeck GL. Migraine: the seventh disabler. *Cephalalgia* 2013;33(5):289-290.

Stewart WF, Wood GC, Razzaghi H, Reed ML, Lipton RB. Work Impact of Migraine Headaches. *JOEM* 2008;50:736-745.

Stewart WF, Wood GC, Manack A, Varon SF. Employment and Work Impact of Chronic Migraine and Episodic Migraine. *JOEM* 2010;52(1):8-14.

Stovner LJ, Zwart JA, Hagen K, Terwindt GM, Paserrah J. Epidemiology of Headache in Europe. *European Journal of Neurology* 2006;13:333-345.

Stovner LJ, Hagen K, Jensen R, Katsarava Z, Lipton RB, Scher AI. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia* 2007;27:193–210.

Stovner LJ, Andree C. Prevalence of headache in Europe: a review for the Eurolight Project. *J Headache Pain* 2010;11:289-299.

Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380:2163-2219.

Hoofdstuk 2. Omgevingskenmerken en de relatie met migraine op het werk

Uitgangsvraag:

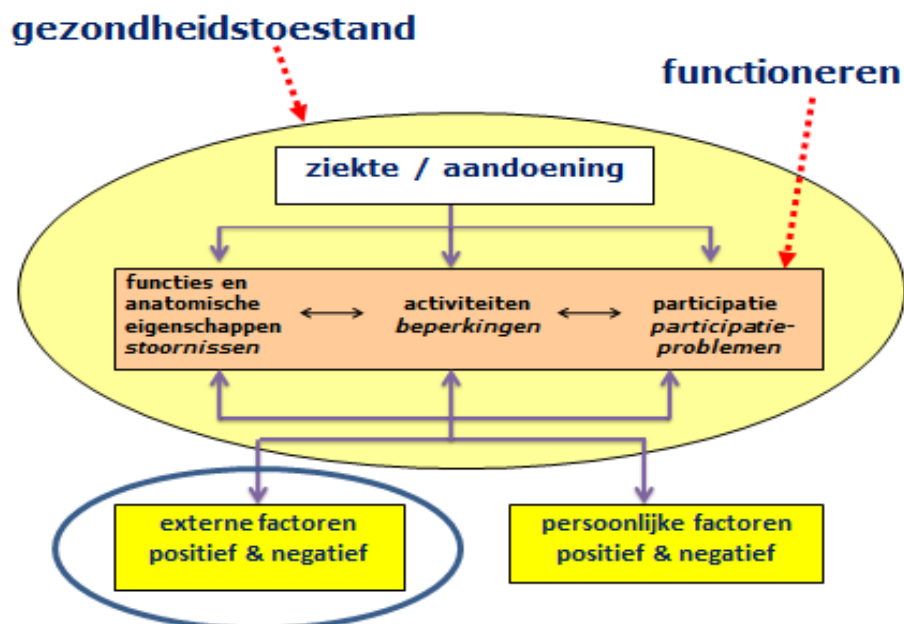
Welke omgevingskenmerken kunnen van invloed zijn bij het ontstaan van een migraineaanval op het werk? En hoe zijn deze omgevingskenmerken aan te passen zodat er minder migraine optreedt?

Inleiding

Veel mensen met migraine kunnen op hun werk last hebben van omgevingskenmerken die een zódanige invloed lijken uit te oefenen, dat een migraineaanval wordt uitgelokt of een reeds sluimerende aanval versneld wordt opgeroepen. Daarnaast kunnen ook persoonlijke factoren en de gezondheidstoestand van de persoon met migraine, gezamenlijk benoemd als 'persoonlijke kenmerken', een rol spelen bij migraine op het werk.

In dit en volgend hoofdstuk wordt gebruik gemaakt van de terminologie van de ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) om aan te geven wat bedoeld wordt met omgevingskenmerken en persoonlijke kenmerken. Zo wordt in onderstaand ICF-schema onderscheid gemaakt tussen de gezondheidstoestand van de persoon (ziekte en functioneren) en de factoren, die op dat functioneren van invloed zijn: de externe en de persoonlijke factoren.

In deze richtlijn verstaan we onder *omgevingskenmerken* de *externe factoren* en onder *persoonlijke kenmerken* verstaan we de *gezondheidstoestand* (ziekte en functioneren) plus de *persoonlijke factoren*.



ICF- Schema

Indeling omgevingskenmerken

Omgevingskenmerken (externe factoren) zijn eigenschappen van de fysieke en sociale omgeving, waarin mensen leven. Deze factoren kunnen een positieve, neutrale of negatieve invloed hebben op de deelname van de persoon als lid van de samenleving (participatie) en op het uitvoeren van activiteiten van die persoon (ICF schema).

Omgevingskenmerken zijn voor migraine onder te verdelen in:

- potentieel stresserende factoren zoals licht en geluid
- overige positieve en negatieve werkgerelateerde factoren, zoals (on)begrip, vertrouwen / wantrouwen van de werkomgeving, aanpassingen van de werkomgeving
- factoren, gekoppeld aan zorg, zoals medicatie (zie hoofdstuk 4).

De werkgerelateerde omgevingskenmerken zijn in te delen in:

- de vier A's:
 - arbeidsomstandigheden: zoals licht, geluid, hygiëne, klimaat, ergonomie
 - arbeidsverhoudingen: met baas, collega's, ondergeschikten
 - arbeidsvoorwaarden: zoals salaris, soort contract, werktijden, voorzieningen zoals scholingsmogelijkheden, kinderopvang
 - arbeidsinhoud: zoals taken, fysieke en mentale eisen, autonomie.
- kenmerken bedrijf: zoals sector, omvang, beleid, cultuur
- wet- en regelgeving op het gebied van arbeid en sociale zekerheid.

Migraine-uitlokkende omgevingskenmerken

Veel personen met migraine zijn zich bewust van triggers, bepaalde omgevingskenmerken die bij hen een migraineaanval kunnen uitlokken en benoemen deze factoren in verschillende studies. Hierbij wordt echter in het algemeen geen onderscheid gemaakt tussen factoren in of buiten de werksituatie.

Sommige in de literatuur beschreven omgevingskenmerken worden ook als symptoom in met name de prodromale fase van de migraineaanval gezien. Is bijvoorbeeld fel licht een omgevingskenmerk, dat een migraineaanval kan uitlokken? Of is de persoon met migraine alleen overgevoelig voor fel licht wanneer de prodromale fase van een migraineaanval zich al heeft ingezet? Hierover is geen duidelijkheid gevonden in de literatuur.

In het algemeen worden verschijnselen, die zich uren tot zelfs dagen voorafgaand aan de hoofdpijnfase kunnen voordoen, tot de prodromale fase gerekend. (Zie: Wat verstaan we onder migraine, blz 16). De IHS noemt deze verschijnselen 'premonitory signs'.

Personen met migraine lijken daarnaast vaak gevoeliger te zijn voor sommige ritmeverstoringen en voor bepaalde stimuli uit hun omgeving dan mensen zonder migraine, ook buiten de aanvallen om. De belastbaarheidsdrempel voor deze omgevingskenmerken lijkt lager te liggen (Goadsby, 2002; Friedman, 2009).

In dit hoofdstuk is gekeken naar externe stimuli, als triggers voor de aanval. Deze triggers kunnen de aanval op gang brengen of versnellen, maar ze zijn niet de oorzaak van de aanval.

Literatuur

In twee artikelen waarin de ICF als terminologie wordt gebruikt (Leonardi, 2010; Raggi, 2010) is onderzocht welke omgevingskenmerken door personen met migraine worden genoemd, zowel negatief als positief. Als migraine-inducerende triggers zijn licht, geluid, klimaat en producten voor consumptie genoemd. Als positieve externe factoren, dus als omgevingskenmerken die aan de persoon met migraine steun bieden bij de aanval, zijn ondermeer genoemd: ondersteuning door naaste familie en persoonlijke attitudes van hulpverleners in de gezondheidszorg. In deze artikelen is aan de gevonden kenmerken een ICF code gekoppeld. Ter wille van de leesbaarheid is deze codering niet opgenomen in deze tekst, maar wel vermeld in bijlage 6. De bovengenoemde omgevingskenmerken staan weergegeven in tabel 1.

Tabel 1. Door personen met migraine genoemde positieve en negatieve omgevingskenmerken [Leonardi, 2010; Raggi, 2010]

Negatieve omgevingskenmerken
Licht
Geluid
Klimaat
Producten of stoffen voor menselijke consumptie
Positieve omgevingskenmerken
Naaste familie (ondersteuning door)
Persoonlijke attitudes van naaste familieleden
Voorzieningen, systemen en beleid met betrekking tot gezondheidszorg
Persoonlijke attitudes van hulpverleners in de gezondheidszorg
Producten en technologie voor communicatiedoeleinden

Friedman (2009) beschrijft in een review enkele omgevingskenmerken als stresserende (externe) factoren, die door personen met migraine zijn genoemd *in relatie tot werk* (zie tabel 2). Het gaat hierbij om stimuli die zich zowel buitenshuis als in de binnenomgeving kunnen voordoen.

De in deze review genoemde omgevingskenmerken, zoals klimaat, licht, luchtkwaliteit en geluid, kunnen allemaal behoren tot *arbeidsomstandigheden*, maar zijn niet exclusief aan de arbeidssituatie toe te schrijven. Veel van de genoemde omgevingskenmerken kunnen zich ook elders voordoen, zowel in de huiselijke sfeer als in het openbare leven. In meerdere artikelen zijn deze kenmerken geïnterpreteerd, maar niet toegesneden op de werksituatie. Bovendien is geen onderscheid gemaakt tussen omgevingskenmerken en persoonlijke kenmerken (zie hoofdstuk 3) (Yadav, 2010; Kelman, 2007).

Gedurende de laatste jaren zijn ook prospectieve studies uitgevoerd, waarbij personen dagelijks situaties benoemen, die aan migraine gerelateerd kunnen zijn. In een prospectieve studie onder ruim 300 personen met migraine zijn omgevingskenmerken als geluid en geur het meest frequent als triggers genoemd (Wöber, 2007).

Minder dan drie uur blootstelling aan factoren als fel licht, parfumgeur en sigarettenrook is al voldoende om een migraineaanval te triggeren bij mensen, die zeggen daar gevoelig voor te zijn en die last hebben van migraine met aura (Hauge, 2010).

Weer en weersveranderingen worden door minstens de helft van de respondenten in de studie van Friedman retrospectief als trigger voor een migraineaanval ervaren. In een recente prospectieve studie (Zeberholz, 2011) kon echter niet worden bevestigd dat het weer een uitlokkende factor voor migraine is.

Tabel 2. Omgevingskenmerken die een migraineaanval in de werksituatie kunnen uitlokken [Friedman, 2009; Kelman, 2007]

Buitenomgeving	
Klimaat:	Weer en weersveranderingen, zoals:
temperatuur	Heet klimaat
vochtigheid	Hoge luchtvochtigheid
luchtdruk	Lage barometerstand
neerslag	Regen
	Onweer
Licht	Licht, zoals: fel (zon)licht
lichtkwaliteit	Flikkerend licht
Geluid	Diverse vormen van geluid
Binnenomgeving	
Binnenklimaat	Bijv. drukkende warmte
Licht	Licht, zoals: Felle lampen Fluorescerende lichten Glanzende voorwerpen Trillende en flikkerende lichten, bijvoorbeeld een computerscherm Drukke visuele omgeving
Luchtkwaliteit binnenshuis	Luchtkwaliteit, zoals: Reuk van luchtjes (parfum, verf, chemicaliën) Sigarettenrook Airco (schimmels)
Geluid	Diverse vormen van geluid

In enkele reviews; (Taylor, 2009; Holzhammer, 2006; Martin, 2001) is gekeken naar de relatie tussen voedingsmiddelen en migraine. Daarin wordt gesteld dat er weinig tot geen bewijs is om één enkele voedingsstof als migrainetrigger te benoemen. Voedingsstoffen worden regelmatig genoemd als factoren, die potentieel een migraineaanval uitlokken, maar in verhouding tot andere omgevingskenmerken als licht en geluid is hun bijdrage veel geringer. Caffeïne-onttrekking, door bijvoorbeeld in het weekend minder koffie te drinken dan door de week, wordt ook regelmatig genoemd als uitlokkende factor (Martin, 2001; Couturier, 1993); zie verder tabel 3.

Tabel 3. Stoffen afkomstig uit voedingsmiddelen, genoemd als triggers voor migraine [Taylor, 2009; Holzhammer, 2006; Martin, 2001; Couturier, 1993].

Frequent genoemd door personen met migraine
Alcohol, met name rode wijn
Natriumglutamaat (vetsin) als smaakversterker
Nitraat/nitriet, als conserveringsmiddel
Tyramine, in o.a. kaas, wijn, gerookte vis, gistextract
Caffeïne-onttrekking
Minder frequent genoemd door personen met migraine
Chocolade
Zuivelproducten, waaronder kaas
Soja
Groenten

In de literatuur wordt het effect van omgevingskenmerken vaak genoemd in relatie tot 'hoofdpijn'. Die artikelen zijn hier niet meegenomen. Een uitzondering is gemaakt voor een artikel over uitlokkende factoren voor migraine en spanningshoofdpijn (tension type headache) in de werksituatie (Molarius, 2008). Als externe factor, die van invloed kan zijn op het doen ontwikkelen van een migraineaanval wordt ondermeer geringe sociale ondersteuning genoemd.

Tabel 4. Factoren in de werksituatie die het risico op een migraineaanval verhogen [Molarius, 2008].

Externe factoren	
ondersteuning en relaties	Geringe sociale ondersteuning; gekleineerd worden
Socio-economische factoren	
financiële activa	Economische problemen

Eerder is aangetoond dat de kwaliteit van leven van mensen met migraine toeneemt wanneer zij meer sociale steun ervaren (Vos, 2003). Resultaten van dit onderzoek bevestigen tevens dat factoren, die in sommige studies effectief zijn in klinische trials betreffende migraine, namelijk medicamenteuze behandeling (zie hoofdstuk 4), vermindering van stress (zie hoofdstuk 3) en toename van sociale steun, met vergelijkbare effecten aantoonbaar zijn buiten een experimentele omgeving, dus gewoon in het dagelijks leven.

De 4 A's

De meeste van de in de literatuur genoemde omgevingskenmerken vallen onder 'arbeidsomstandigheden'. Vormen van licht, geluid en luchtkwaliteit op het werk behoren hiertoe.

Arbeidsverhoudingen spelen een rol in de vorm van (gebrek aan) sociale ondersteuning; wordt de persoon met migraine serieus genomen en kan hij de aanval rustig 'uitzielen' of wordt hij met onbegrip en wantrouwen benaderd? De items: geringe sociale ondersteuning en gekleineerd worden vallen onder 'arbeidsverhoudingen'. Daartoe hoort ook de als positief ervaren steun van hulpverleners, wanneer die tot de werkomgeving van de persoon met migraine behoren.

Het item: economische problemen kan in sommige omstandigheden onder '*arbeidsvoorwaarden*' vallen.

Sommige triggers kunnen, afhankelijk van de situatie, zowel onder omgevingskenmerken als onder persoonlijke kenmerken vallen. Fysieke activiteiten horen in het algemeen tot persoonlijke kenmerken; opgelegde fysieke activiteiten, bijvoorbeeld in de bouw, vallen onder '*arbeidsinhoud*' en worden tot de werkgerelateerde omgevingskenmerken gerekend. Fysieke activiteiten en vermoeidheid (persoonlijk kenmerk) kunnen dan gezien worden als 'versnellers' om een migraineaanval op te roepen (Spierings, 2001).

Ook het 'niet op tijd kunnen eten' (Kelman, 2007; Spierings, 2001) (*arbeidsvoorwaarden*) is zo'n trigger. Veel personen met migraine hebben dit op hun werk ervaren (zie hoofdstuk: Mensen met migraine spreken).

Conclusies

Niveau 3	Het lijkt waarschijnlijk dat bepaalde arbeidsomstandigheden, zoals fel licht, een warm binnenklimaat, vormen van geluid en luchtkwaliteit een migraineaanval kunnen uitlokken of versnellen bij mensen, die daarvoor gevoelig zijn <i>C</i> Leonardi, 2010; Raggi, 2010; Friedman, 2009; Kelman, 2007; Wöber, 2007
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat sommige arbeidsverhoudingen, zoals gebrek aan sociale ondersteuning, een migraineaanval kunnen uitlokken of versnellen bij mensen, die daarvoor gevoelig zijn. <i>C</i> Molarius, 2008
Niveau 3	Het lijkt mogelijk dat enkele vormen van arbeidsinhoud, zoals bepaalde fysieke activiteiten, een migraineaanval kunnen uitlokken of versnellen bij mensen, die daarvoor gevoelig zijn. <i>C</i> Spierings, 2001
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat 'niet op tijd kunnen eten' bij mensen, die daarvoor gevoelig zijn, een migraineaanval kan uitlokken. <i>C</i> Kelman, 2007; Spierings, 2001

Overwegingen

Voor geen enkele van de genoemde omgevingskenmerken is overtuigend bewijs gevonden dat deze een migraineaanval initieert. Toch worden deze factoren door veel mensen met migraine, onafhankelijk van elkaar en wereldwijd, genoemd als potentiële triggers voor een migraineaanval.

De triggers zijn niet absoluut omdat de aanwezigheid van een dergelijke factor niet altijd een aanval opwekt bij dezelfde persoon en alleen subgroepen van personen met migraine gevoelig kunnen zijn voor een specifieke uitlokkende factor. Dit suggereert een multifactoriële triggermechanisme voor individuele aanvallen (Blau, 1992).

Veel mensen met migraine vinden het belangrijk dat factoren, die zij als 'triggers' zien, worden aangepast, ook al is er geen één op één relatie tussen een trigger en een migraineaanval. Voor die mensen, waarbij bepaalde arbeidsomstandigheden, zoals licht, geluid, binnenklimaat en dergelijke uitlokkende factoren lijken te zijn voor een migraineaanval kan aanpassing van deze omstandigheden aanbevolen worden.

Bij mensen uit de werkomgeving, die niet gewend zijn om te gaan met het wisselvallige optreden van migraineaanvallen, kan vaak onbegrip en soms wantrouwen ontstaan ten opzichte van de persoon met migraine, die zich onverwachts terugtrekt of minder alert is. De werkgroep acht een open communicatie over migraine, tussen de persoon met migraine en zijn collega's en leidinggevenden, van belang om goede arbeidsverhoudingen in stand te houden.

De werkgroep is van mening dat voor veel werkenden met migraine het zelf kunnen regelen en indelen van werkinhoud en werktijden (autonomie over tijdgebruik) bijzonder nuttig kan zijn om de negatieve effecten van 'afwezigheid' of verminderde productiviteit ten gevolge van migraine te compenseren.

Goed onderling overleg wordt ook aanbevolen wanneer bepaalde taken aanleiding geven tot een verhoogde migrainefrequentie op de werkplek danwel migraineaanvallen versnellen en/of verheugen.

Het is voorstelbaar dat sommige beroepen minder goed te combineren zijn met onverwachte uitval of geringere alertheid door migraine.

Aanbevelingen

2.1

Het uitgangspunt moet zijn: "Heb het er maar eens over".

Ga als medewerker met migraine een gesprek aan met collega's, leidinggevenden en bedrijfsarts over migraine en probeer in onderling overleg het onbegrip weg te nemen.

2.2

Betreffende arbeidsomstandigheden:

Het is aan te bevelen om als medewerker met migraine een gesprek aan te gaan met de leidinggevende en met collega's over potentieel migraine-uitlokkende factoren op de werkplek. In onderling overleg kan dan besproken worden hoe de invloed van deze externe omgevingskenmerken zodanig is aan te passen dat er zo min mogelijk hinder ontstaat.

2.3

Het zelf kunnen regelen van werktijden is voor een werkende met migraine bevorderlijk om het productiviteitsverlies door migraine te verminderen.

2.4

Sociale steun van collega's en het hebben van voldoende regelmogelijkheden zijn aan te bevelen om mensen met migraine te helpen effectief om te gaan met hun aandoening op het werk.

Op welke wijze zijn genoemde omgevingskenmerken zódanig aan te passen, dat frequentie en/of ernst van de migraineaanvallen verminderen?

In overleg met de werkgever zijn er aanpassingen te doen in de arbeidsomstandigheden, waar de werkende met migraine baat bij heeft. Voor de volgende aanpassingen is geen wetenschappelijke onderbouwing, maar er zijn wel praktische voorbeelden voorhanden.

Fel licht en lichtflikkeringen worden veel genoemd als externe uitlokkende factor.

Voor buiten is het gebruik van een goede zonnebril aanbevolen. Voor binnen is een verandering van verlichting aanbevolen bijvoorbeeld door fluorescentiefilters toe te passen om een meer natuurlijk licht te creëren.

Geef het computerscherm een anti-glinstering filter.

Voorbeelden van gebruikelijke irriterende geluidsbronnen zijn verkeerslawaaï en bouwgeluiden voor buitenshuis en directe omgevingsgeluiden, zoals stemmen, traplopen en achtergrondgeluiden voor de binnenomgeving. Zorg voor een rustige werkruimte of voorzie in geluidsabsorberende panelen.

Een verminderde luchtkwaliteit kan voor veel problemen zorgen en niet alleen voor personen met migraine. Voorzie in frisse lucht, bijvoorbeeld door er voor te zorgen dat ramen geopend kunnen worden en check de airco op schimmels (en eventuele andere stoffen, die negatief uitpakken voor de gezondheidstoestand van mensen).

Ook de binnentemperatuur is van belang. Koelte wordt door de werkende met migraine in het algemeen beter verdragen dan warmte. Pas een anti-luchtjes beleid toe.

Een verkeerde houding van rug en hoofd kan bijdragen aan bijvoorbeeld een stijve nek. Een juiste stoel en een instelbaar bureau kunnen hier verbetering in aanbrengen.

LITERATUURREFERENTIES

Blau JN. Migraine: theories of pathogenesis. The Lancet 1992;339:1202-1207.

Couturier EGM. Wie uitgeslapen is, slaapt nooit meer uit; 'weekendhoofdpijn' door te late en te geringe inname van cafeïne. Klinische les. Ned Tijdschr Geneesk. 1993;137:1953-1955.

Friedman DI, De Ver Dye T. Migraine and the Environment. Headache 2009;49(6):941-952.

Goadsby PJ, Lipton RB, Ferrari MD. Migraine – current understanding and treatment. N Engl J Med, 2002;346(4):257-270.

Hauge AW, Kirchmann M, Olesen J. Characterization of consistent triggers of migraine with aura. Cephalalgia 2010;31:416-438.

Holzhammer J, Wöber C. Alimentäre Triggerfaktoren bei Migräne und Kopfschmerz vom Spannungstyp. Schmerz 2006;20(2):151-159.

Kelman L. The triggers or precipitants of the acute migraine attack. Cephalalgia 2007;27:394–402.

Leonardi M, Raggi A, Ajovalasit D, Bussone G, D'Amico D. Functioning and disability in migraine. Disability and Rehabilitation 2010;32(S1):S23–S32.

Martin VT, Behbehani MM. Toward a rational understanding of migraine trigger factors. Headache 2001;85(4):911-941.

Molarius A, Tegelberg Å, Öhrvik J. Socio-Economic Factors, Lifestyle, and Headache Disorders – A Population-Based Study in Sweden. Headache 2008;48:1426-1437.

Raggi A, Leonardi M, Daniela Ajovalasit D, D'Amico D, Bussone G. Disability and functional profiles of patients with migraine measured with ICF classification. International Journal of Rehabilitation Research 2010;33(3):225-231.

Spierings ELH, Ranke AH, Honkoop PC. Precipitating and Aggravating Factors of Migraine Versus Tension-type Headache. Headache 2001;41:554-558.

Taylor FR. Lifestyle changes, dietary restrictions, and nutraceuticals in migraine prevention . Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management 2009;13:28-37.

Vos, J, Passchier J. Reduced Impact of Migraine in Everyday Life: An Observational Study in the Dutch Society of Headache Patients. Headache 2003;43:645-650.

Wöber C, Holzhammer J, Zeitlhofer J, Wessely P, Wöber-Bingöl Ç. Trigger factors of migraine and tension-type headache: experience and knowledge of the patients. J Headache Pain 2006;7:188-195.

Wöber C, Brannath W, Schmidt K, Kapitan M, Rudel E, Wessely P, et al. Prospective analysis of factors related to migraine attacks: the PAMINA study. Cephalalgia 2007;27:304-314.

Yadav RK, Kalita J, Misra UK. A Study of Triggers of Migraine in India. Pain Medicine 2010;11:44-47.

Zebenholzer K, Rudel E, Frantal S, Brannath W, Schmidt K, Wöber-Bingöl Ç, et al. Migraine and weather: A prospective diary-based analysis. Cephalalgia 2011;31(4):391-400.

Hoofdstuk 3. Persoonlijke kenmerken en de relatie met migraine op het werk

Uitgangsvraag:

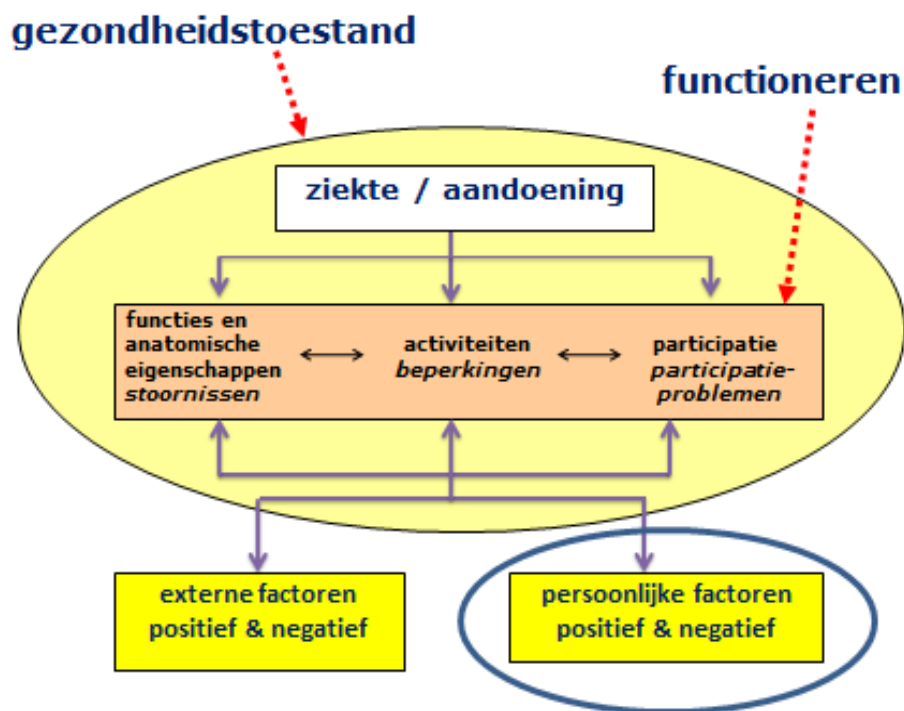
Welke persoonlijke kenmerken van de werkende met migraine kunnen een rol spelen bij (het ontstaan van en het omgaan met) migraine op het werk?

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt eveneens gebruik gemaakt van de ICF-terminologie om aan te geven wat wordt bedoeld met persoonlijke kenmerken. In het ICF-schema (figuur 1) wordt onderscheid gemaakt tussen de gezondheidstoestand van de persoon (ziekte & functioneren) en factoren die op dat functioneren van invloed zijn. Het gaat daarbij om persoonlijke en externe factoren.

In deze richtlijn worden met *persoonlijke kenmerken* de persoonlijke factoren plus de gezondheidstoestand bedoeld; de *omgevingskenmerken* zijn zaken, die in de ICF externe factoren worden genoemd.

De omgevingskenmerken zijn beschreven in hoofdstuk 1, de persoonlijke kenmerken in dit hoofdstuk.



ICF- Schema

Persoonlijke factoren vormen iemands individuele achtergrond. In het kader van werk wordt onderscheid gemaakt tussen algemene persoonlijke factoren en werkgerelateerde persoonlijke factoren. Algemene persoonlijke factoren zijn demografische factoren, zoals leeftijd en geslacht en eigenschappen zoals karakter, lichamelijke conditie en leefstijl. Werkgerelateerde persoonlijke factoren zijn bijvoorbeeld beroep, werkplezier, ambitie en inzetbaarheid.

Literatuur

Algemene persoonlijke kenmerken, die van invloed kunnen zijn bij migraine op het werk.

Migraine manifesteert zich vooral in de meest productieve jaren van het leven; de top ligt tussen de 25 en 55 jaar. Migraine kan zich al op kinderleeftijd voordoen en manifesteert zich ook op latere leeftijd, maar de frequentie en de intensiteit van de aanvallen zijn dan in het algemeen lager.

Migraine komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen; in een verhouding van ongeveer 3:1. Dit is deels toe te schrijven aan de migraine welke optreedt rond de menstruatie. In de ICF wordt menstruatie onder functies (stoornissen) geplaatst.

Volgens een review (MacGregor, 2008) heeft meer dan een kwart van alle vrouwen op enig moment in het leven last van migraine. Bij meer dan de helft van deze migrainepatiënten komt migraine voor rond de menstruatie. 10% hiervan krijgt alléén rond de menstruatie migraine (pure menstruele migraine); bij de overige 90% komt migraine ook voor buiten de menstruatieperiode. In Nederlands onderzoek (Couturier, 2003) komt pure menstruele migraine voor bij 3% van de vrouwen.

Menstruele migraine is praktisch altijd migraine zonder aura; dit geldt ook voor vrouwen die normaal last hebben van migraine met aura.

De menstruele migraineaanvallen zijn in het algemeen zwaarder en meer belemmerend dan de andere migraineaanvallen van de persoon met migraine. De aanvallen duren vaak langer en zijn minder goed te couperen met de gebruikelijke aanvalsbehandelingen (zie hoofdstuk 4) (Couturier, 2003).

Bij vragenlijstonderzoek onder migrainepatiënten worden meerdere persoonlijke kenmerken genoemd.

In een prospectieve studie van Wöber (Wöber, 2007) onder ruim 300 personen met migraine worden naast menstruatie ook sterke vermoeidheid en een stijve nek genoemd als factoren, die een migraineaanval kunnen uitlokken, bij daarvoor gevoelige personen.

Deze verschijnselen komen ook naar voren in de retrospectieve studie van Kelman (2007). Genoemde verschijnselen, die als uitlokkers van aanvallen kunnen worden beschouwd, zouden ook prodromen kunnen zijn (Linde, 2006; Blau, 1992; zie hoofdstuk 'Wat verstaan we onder migraine'). Dan zijn de klachten aankondigers van de aanval en geen uitlokkers.

In de literatuur zijn nog enkele andere persoonlijke kenmerken genoemd, die kunnen bijdragen aan een migraineaanval. Zowel lichamelijke inspannende activiteiten als fysieke inactiviteit lijken bij een klein aantal mensen een aanval uit te lokken (Molarius, 2008; Kelman, 2007). Ook lifestylefactoren als 'te laat gaan slapen' en '(te) hoog alcoholgebruik' worden genoemd als potentiële triggers (Kelman, 2007), evenals 'niet ontbijten' of 'het uitstellen van andere maaltijden' (Molarius, 2008).

Socio-economische factoren zoals land van herkomst, opleidingsniveau en huwelijksstatus bleken geen invloed te hebben als uitlokkende factor (Molarius, 2008).

Bovengenoemde kenmerken zijn niet specifiek voor de werksituatie, maar kunnen daaraan gerelateerd zijn. In tabel 5 zijn deze persoonlijke kenmerken meer gespecificeerd volgens de ICF weergegeven. In bijlage 6 staan tevens de ICF codes vermeld.

Werkgerelateerde persoonlijke kenmerken, die van invloed kunnen zijn bij migraine op het werk

'Angst om je baan te verliezen' en 'geringe voldoening in het werk' kunnen als werkgerelateerde persoonlijke kenmerken gezien worden (Molarius, 2008). Voor 'geringe arbeidsvoldoening' is geen nadere literatuur gevonden, die betrekking heeft op deze richtlijn.

Veel mensen met migraine zijn bang voor een aanval op een ongeschikt moment. Wanneer de aanval dan plaatsvindt voelt de migrainepatiënt zich vaak schuldig ten opzichte van zijn werkomgeving (Sohier, 2002; Sohier, 1999). Deze emoties kunnen bijdragen aan gespannen reacties van mensen met migraine.

Wanneer de persoonlijke kenmerken, zoals personen met migraine die vermelden, gerangschikt worden naar de frequentie waarmee het kenmerk genoemd wordt, dan scoort stress bijzonder hoog (Kelman, 2007).

Het begrip 'stress' kan gezien worden (Sorbi, 1988):

- a) als stressor (belastende omstandigheden van buitenaf); dan is stress een externe factor, een omgevingskenmerk
- b) als respons of persoonlijke reactie op de stressor; dan is stress een persoonlijk kenmerk. Hieronder vallen:
 - emoties als ergernis, neerslachtigheid
 - cognitieve functies, zoals concentratieproblemen
 - reactief gedrag.

In de literatuur wordt het onderscheid tussen stressor en respons op de stressor weinig expliciet benoemd, waardoor verwarring ontstaat.

Wanneer genoemde persoonlijke kenmerken zich voordoen, worden zij in het algemeen als waarschuwingstekenen voor een migraineaanval gezien. Deze respons op stress wordt door personen met migraine vaak verwoord als bezorgdheid, somberheid, irritatie, spanning en gejaagdheid (Westhuis, 2010). Eerder is in prospectieve studies aangetoond dat migrainepatiënten zich voorafgaande aan een migraineaanval meer gespannen voelen dan normaal (Spierings, 1997; Sorbi, 1996).

De opvatting dat dit soort klachten en functioneringsproblemen eerder als prodromen beschouwd moeten worden en niet als uitlokkers, wordt gesteund door een prospectief onderzoek waarin geen biologische stress-respons is vastgesteld (Schoonman, 2007). Wel is in dit onderzoek in een groep van stressgevoelige personen een associatie gevonden tussen ervaren stress en migraine.

Sommige personen met migraine krijgen last van migraine ná en niet tijdens een stressvolle periode. De weekendaanval is hiervan een duidelijk voorbeeld. De periode die volgt na grote ervaren spanning of oververmoeidheid roept, bij mensen die daarvoor gevoelig zijn, vaak een migraineaanval op (Buse, 2011; Wöber, 2006; Ferrari, 2003)). Ditzelfde verschijnsel wordt waargenomen tijdens de eerste dagen van ontspanning, bijvoorbeeld in de vakantieperiode.

Tabel 5. Persoonlijke kenmerken (incl. leefstijlfactoren, functie(stoornissen) en activiteiten) die door mensen met migraine worden genoemd als triggers voor migraine.

Functies (stoornissen) [Kelman, 2007; Wöber, 2007; Holzhammer, 2006]
• Hormonale factoren, menstruatie • Slaap • Sterke vermoeidheid • Nek- en schouderpijn
Leefstijlfactoren [Molarius, 2008]
• Fysieke inactiviteit • Geen ontbijt • (Te) hoog alcoholgebruik • (Te) laat gaan slapen
Activiteiten [Kelman, 2007]
• Lichamelijke inspanning
Persoonlijke factoren [Kelman, 2007; Wöber, 2006]
• Stress in de zin van ervaren spanning en de uitingen daarvan als respons

Conclusies

Niveau 1	Het is aangetoond dat meer dan 50% van de vrouwen met migraine regelmatig rond de menstruatie een migraineaanval krijgt. Deze aanval is in het algemeen lastiger te couperen dan een aanval buiten de menstruatie om. <i>A MacGregor, 2008</i>
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen, dat een verstoring van het 'normale persoonlijke tijdsritme', waardoor grote vermoeidheid en slaapproblemen kunnen optreden, bij mensen die daarvoor gevoelig zijn een migraineaanval kan uitlokken. <i>C Kelman, 2007; Wöber, 2007</i>
Niveau 3	De vele stresssymptomen die personen met migraine als aanvaluitlokkend noemen, zijn onvoldoende onderbouwd met objectieve prospectieve gegevens. Een biologisch meetbare stressrespons ontbreekt. De alternatieve theorie dat deze klachten en functioneringsproblemen ook te zien zijn als prodromen lijkt minstens zo waarschijnlijk. <i>C Schoonman, 2007</i>
Niveau 3	Het lijkt waarschijnlijk dat sommige migrainepatiënten niet tijdens maar ná een periode van ervaren spanning een migraineaanval kunnen krijgen. <i>C Wöber, 2006</i> <i>D Buse, 2011; Ferrari, 2003</i>

Overwegingen

De hierboven genoemde persoonlijke kenmerken, die personen met migraine noemen, verschillen in vóórkomen en in de mate waarin door deze kenmerken een migraineaanval uitgelokt, dan wel versneld wordt. Er zijn geen sluitende empirische bewijzen gevonden dat deze kenmerken gelden voor de gehele populatie migrainepatiënten.

Toch worden deze kenmerken frequent genoemd door personen met migraine. Er zijn aanwijzingen dat migrainepatiënten - specifiek - gevoeliger zijn voor bepaalde prikkels of liever, voor verandering daarin, met name vlak voor de migraineaanval (Goadsby, 2002).

Voor de hele groep van migrainepatiënten zijn dit dus specifieke kenmerken. Maar per persoon kunnen dit specifieke patronen zijn.

Het lijkt de werkgroep voor de hand liggend om met deze (en eventueel andere) persoonlijke kenmerken rekening te houden.

Aanbevelingen

3.1

Het verdient aanbeveling om, ook in de werksituatie, rekening te houden met persoonlijke kenmerken welke bij een persoon met migraine een aanval kunnen uitlokken.

Omgaan met persoonlijke kenmerken

Literatuur

Algemeen

Uit onderzoeken komt naar voren dat werkenden met migraine die weten dat zij een migraineaanval kunnen krijgen, die zich bewust zijn van persoonlijke en omgevingskenmerken die daaraan kunnen bijdragen, die weten hoe zij (zo goed mogelijk) met de aanval kunnen omgaan en deze kennis delen met hun werkomgeving, ook meer effectief zijn in de werksituatie (Buse, 2009; Cady, 2009; Page, 2009).

Omgaan met ervaren spanning

De wijze waarop individuen met ervaren spanning omgaan noemen we coping. Copingstrategieën richten zich zowel op de (taak)eisen die van buitenaf worden gesteld als op de persoonlijk ervaren emoties die hierdoor worden opgeroepen. Men onderscheidt daarom twee soorten copingstrategieën: probleemgerichte en individugerichte coping. Probleem- of taakgerichte coping poogt iets aan de stressor zelf te veranderen. Persoonsgerichte coping probeert emoties, spanningen en gedachten die door de stress worden opgeroepen beter te hanteren. Uit onderzoek blijkt dat trainingen kunnen helpen om effectiever om te gaan met spanningsvolle situaties en met ervaren spanning (Buse, 2009; Martin, 2007; Huber, 2003).

Omgaan met verstoring van het normale persoonlijke tijdsritme

De hersenen van een deel van de werkenden met migraine lijken verstoringen van het persoonlijke tijdsritme minder goed te verdragen. Regelmaat in het leven wordt daarom aanbevolen (Goadsby, 2002). Op tijd eten en drinken en op tijd slapen worden met name genoemd.

Omgaan met migraine rond en tijdens de menstruatie

Het goed in kaart brengen van de klacht migraine tijdens de menstruatie met behulp van een hoofdpijn-/menstruatiekalender en -dagboek is de eerste stap. De aanvalsbehandeling is in principe hetzelfde als voor de gewone migraine. Soms is, wegens het langer aanhouden van de aanval, hormonale behandeling (b.v. het - zo mogelijk - doorgaan met slikken van de anticonceptiepil) of preventieve behandeling noodzakelijk (MacGregor, 2008; Couturier, 2003).

Overwegingen

De persoonlijke kenmerken, die bijdragen aan het uitlokken van een migraineaanval of die een reeds ingezette aanval kunnen versnellen, zijn minder makkelijk te veranderen dan de meeste omgevingskenmerken. Onder hoofdstuk 4 staan trainingen besproken om meer effectief te leren omgaan met situaties die op het werk kunnen leiden tot migraine.

In de trainingen leren personen met migraine welke beïnvloedbare en niet-beïnvloedbare migraine-uitlokkende factoren bij hen een rol spelen (Huber, 2003). Het effect van dergelijke trainingen is dat mensen met migraine zich meer bewust worden van situaties die voor hen belastend zijn of waarin ze extra kwetsbaar zijn. Ook worden mensen met migraine zich bewust van irrationele en afbrekende gedachten over zichzelf in relatie tot stress en migraine en leren zij hun migraine effectief te managen. Daardoor verbeteren zij hun persoonlijke effectiviteit, krijgen ze meer zelfvertrouwen en het gevoel zelf controle over hun migraine te hebben, met als gevolg een afname van de frequentie en intensiteit van migraineaanvallen.

Deze trainingen kunnen zowel binnen als buiten de werksfeer gevolgd worden.

Het is voor veel mensen met migraine niet gemakkelijk om aan hun collega's en leidinggevende te vertellen dat zij migrainepatiënt zijn. Toch is dit wel nodig om met elkaar naar oplossingen te zoeken.

Mensen met wisselende dag-nacht diensten dienen alert te zijn op de verstoring van hun persoonlijke tijdsritme.

Aanbevelingen

3.2

Het lijkt zinvol dat personen met migraine bepaalde vaardigheden (verder) ontwikkelen in het omgaan met stress: conflicthantering, time management, ontspanningstechnieken, cognitieve strategieën, bespreekbaar maken van problemen, hulp zoeken bij anderen en energie richten op concrete acties voor het oplossen van problemen. Begeleiding hierbij kan helpen om een aantal vaardigheden te leren en meer grip te krijgen op migraine door zelfmanagement.

3.3

Wees alert op de verstoring van het persoonlijke tijdsritme. Deze verstoring kan leiden tot migraineaanvallen bij die personen, die daarvoor gevoelig zijn.

3.4

Bij vrouwen met menstruele migraine, dan wel een toegenomen ziektelast door migraine tijdens de menstruatie, is het zeer aan te bevelen dit in kaart te brengen bijvoorbeeld met behulp van een hoofdpijndagboek, en de behandelend (huis)arts hierbij te raadplegen voor behandeling. Dit geldt ook voor de andere vormen van migraine.

LITERATUURREFERENTIES

Blau JN. Migraine: theories of pathogenesis. The Lancet 1992;339:1202-1207.

Buse DC, Andrasik F. Behavioral Medicine for Migraine. Neurol Clin 2009;27:445–465.

Buse DC, Haut SR, Hall CB, Tennen H, Defreitas TA, Borkowski TM, Lipton RB. Let-down headache: Reductions in stress and improvement in mood predict headaches in persons with migraine. Cephalalgia 2011;31:130.

Cady RK, Martin VT, Géraud G, Rodgers A, Zhang Y, Ho AP, et al. Rizatriptan 10-mg ODT for Early Treatment of Migraine and Impact of Migraine Education on Treatment Response. Headache 2009;49:687-696.

Couturier EGM, Bomhof MAM, Knuistingh Neven A, van Duijn NP. Menstrual migraine in a representative Dutch population sample: prevalence, disability and treatment. Cephalalgia 2003;23: 302–308.

Ferrari MD. Waarom nu? Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar op het vakgebied van de neurologie, in het bijzonder 'hoofdpijn en gerelateerde aanvalsgewijze aandoeningen' aan de Universiteit Leiden op 31 januari 2003.

Goadsby PJ, Lipton RB, Ferrari MD. Migraine – current understanding and treatment. N Engl J Med, 2002;346(4):257-270.

Huber D, Henrich G. Personality Traits and Stress Sensitivity in Migraine Patients. Behavioral Medicine 2003;29:4-13.

Kelman L. The triggers or precipitants of the acute migraine attack. Cephalalgia 2007;27:394–402.

Linde M. Migraine: a review and future directions for treatment. Acta Neurol Scand 2006;114:71-83.

MacGregor EA. Menstrual migraine. Curr Opin Neurol 2008;21:309–315.

Martin PR, Forsyth MR, Reece J. Cognitive-behavioral Therapy Versus Temporal Pulse Amplitude Biofeedback Training for Recurrent Headache. Behavior Therapy 2007;38:350–363.

Molarius A, Tegelberg Å, Öhrvik J. Socio-Economic Factors, Lifestyle, and Headache Disorders – A Population-Based Study in Sweden. Headache 2008;48:1426-1437.

Page MJ, Paramore LC, Doshi D, Rupnow MFT. Evaluation of Resource Utilization and Cost Burden Before and After an Employer-Based Migraine Education Program. JOEM 2009;51(2):213-220.

Schoonman GG, Evers DJ, Ballieux BE, Geus EJ de, Kloet ER de, Terwindt GM, Dijk JG van, Ferrari MD. Is stress a trigger factor for migraine? Psychoneuroendocrinology 2007;32:532–538.

Sohier. Werk en hoofdpijn, een problematische relatie. Hoofdzaken 1999; 5:22-24.

Sohier. Hoofdpijn en werk, een koppel problemen. Hoofdzaken 2002;5:1-3.

Sorbi MJ. Psychological intervention in migraine [proefschrift]. Delft: Eburon; 1988.

Sorbi MJ, Maassen GH. A time series analysis of daily hassles and mood changes in the three days before the migraine attack. *Behavioral Medicine* 1996;22(3):103-113.

Spierings ELH, Sorbi M, Maassen GH, Honkoop PC. Psychophysical Precedents of Migraine in Relation to the Time of Onset of the Headache: The Migraine Time Line. *Headache* 1997;37:217–220.

Westhuis D, Sorbi MJ. Prospectieve elektronische dagboekstudie naar prodromale kenmerken vier tot acht uur voor de migraineaanval. Utrecht (Nederland). Afdeling Klinische en Gezondheidspsychologie, Faculteit Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht ; 2010.

Wöber C, Holzhammer J, Zeitlhofer J, Wessely P, Wöber-Bingöl Ç. Trigger factors of migraine and tension-type headache: experience and knowledge of the patients. *J Headache Pain* 2006;7:188-195.

Wöber C, Brannath W, Schmidt K, Kapitan M, Rudel E, Wessely P, et al. Prospective analysis of factors related to migraine attacks: the PAMINA study. *Cephalalgia* 2007;27:304–314.

Hoofdstuk 4. Preventieve maatregelen en medicamenteuze behandelingen rond migraine op het werk

Uitgangsvraag:

Hoe effectief zijn preventieve maatregelen en verschillende typen behandelingen voor de persoon met migraine in zijn werksituatie?

Inleiding

In dit hoofdstuk worden maatregelen en behandelingen beschreven die een positieve bijdrage kunnen leveren aan het verminderen van de ziektelast van migraine, gemeten naar het verminderen van het aantal dagen met hoofdpijn, de afname van de pijnintensiteit, het verminderen van niet optimaal functioneren en het verminderen van arbeidsverzuim en productiviteitsverlies.

Deze uitgangsvraag heeft vier facetten:

- Preventieve maatregelen op en buiten het werk
- Preventieve effecten van educatie en kennisvermeerdering
- Psychologische en niet-medicamenteuze behandelingen
- Medicamenteuze aanvalsbehandelingen en preventieve behandelingen.

Zoals onderstaand wordt weergegeven zijn er vele preventieve maatregelen en aanvalsbehandelingen mogelijk. Dit biedt mensen met migraine, die tot nu toe niet behandeld of onderbehandeld zijn, nieuwe mogelijkheden om met hun migraine aan het werk te gaan en te blijven.

Preventieve maatregelen op en buiten het werk (zie ook hoofdstuk 2 en hoofdstuk 3).

Er kan onderscheid gemaakt worden tussen maatregelen op de werkplek zelf en maatregelen die buiten de werkplek worden genomen en die, naar verwachting, positieve effecten kunnen hebben op de productiviteit in de werksituatie. Bij maatregelen *op* de werkplek wordt, naast een juiste attitude van de persoon met migraine, meestal ook de medewerking van werkgever en collega's gevraagd. Voorbeelden van omgevingskenmerken, die door de werkende met migraine als potentieel uitlokkende factoren voor migraine kunnen worden ervaren zijn omstandigheden als fel licht, storend geluid, de airconditioning. Deze externe uitlokkende factoren zijn sterk individueel bepaald (zie voor overzicht, kennis en wetenschappelijk bewijs over mogelijke omgevingskenmerken hoofdstuk 2). In onderling overleg tussen de medewerker met migraine en de leidinggevende kan bekeken worden op welke wijze deze omgevingskenmerken zo min mogelijk hinder geven.

Maatregelen die *buiten* de werkplek worden getroffen en die een positief effect kunnen hebben op de effectiviteit van de werkende met migraine en op het verlies aan productiviteit op de werkplek, komen voor verantwoordelijkheid van de persoon met migraine zelf. Ook dan kan het gaan om het vermijden van bepaalde omgevingskenmerken (inclusief voedingsmiddelen; zie hoofdstuk 2). Daarnaast gaat het om op de patiënt toegesneden leefstijlfactoren (persoonlijke kenmerken) die de kans op migraineaanvallen beperken, zoals regelmatige nachtrust en het vermijden van onnodige stress (zie hoofdstuk 3).

Het goed omgaan met medicijnen (zie onder), zowel op als buiten de werkplek, kan eveneens een bijdrage leveren aan preventie.

Preventieve effecten van educatie en kennisvermeerdering

Inleiding

Kennis van migraine, en vooral van de persoonlijke uitingsvormen van de ziekte vóór, tijdens en ná de aanval, kan een positieve invloed hebben op de ernst van de ziekte, de kwaliteit van leven en het functioneren van de persoon met migraine. Voor de werksituatie kan deze positieve invloed betrekking hebben op arbeidsverzuim, inzetbaarheid, verbeterde productiviteit en uiteindelijk ook op kostenbesparing. Hierbij is de overweging dat 'meer weten over' leidt tot 'beter omgaan met' de aandoening migraine. Meer algemene kennis verwerven over migraine kan ondermeer via internet, lotgenotencontact, patiëntenvereniging of cursussen binnen de zorg. Meer kennis over migraine kan ook nuttig zijn voor mensen uit de werkomgeving die vaak onverwacht werk over moeten nemen van diegene die een migraineaanval krijgt.

De werkgever kan hierbij behulpzaam zijn door deze kennisverwerving te faciliteren (bijvoorbeeld bij een cursus die overdag/in werktijd gegeven wordt, of door initiatieven vanuit het bedrijf of publieke instelling). Die kosten kunnen zich snel terugverdienen.

De op de persoonlijke situatie toegesneden kennis wordt vooral opgedaan via regelmatig contact en communicatie met de hoofdbehandelaar en de hoofdpijnverpleegkundige.

Literatuur

De toevoeging van educatie aan vroege medicamenteuze behandeling lijkt effectief te zijn (Cady, 2009). Het ging om drie groepsgesprekken. Mét educatie steeg het percentage deelnemers dat pijnvrij was na twee uur van 60% naar 72%.

Een meer intensieve educatie in een 3^e lijns hoofdpijnkliniek (Rothrock, 2006) laat na zes maanden positieve effecten zien: reductie in MIDAS score, minder hoofdpijndagen per maand, minder functionele uitval per maand, minder medicijn overgebruik, minder acute anti-migraine medicatie, meer tevredenheid met voorgeschreven preventieve therapie, en minder acute bezoeken en telefoontjes aan de hoofdpijnkliniek.

Het herhaald toezenden van gerichte voorlichting aan werknemers met migraine heeft mogelijk effect (Page, 2009). In deze niet-vergelijkende studie (N=250) worden ondermeer de kosten vanwege arbeidsverzuim en verminderde productiviteit geschat. Na een follow-up van 6 maanden dalen die kosten van 35% naar 15%.

Conclusies

Niveau 3

Het lijkt waarschijnlijk dat voorlichting en educatie over migraine voor de werkende met migraine bijdragen aan een groter welbevinden en aan minder functionele uitval op het werk (minder Lost Productive Time (LPT)).

C Cady, 2009; Page, 2009; Rothrock, 2006

Overwegingen

De effecten van patiënteneducatie, in welke vorm dan ook, zijn weliswaar niet enorm groot, maar toch vaak lonend. Door grotere kennis omtrent migraine en beter begrip wordt de ervaren ziektelast meestal verminderd en de productiviteit verhoogd.

Om de informatie beter te laten beklijven, is het zinvol wanneer juist medewerkers met migraine deze ontvangen in plaats van het totale personeelsbestand (Donnet, 2009).

Met eenvoudige onderzoekstechnieken (bijvoorbeeld een vragenlijstje) of bestaande bestanden zijn medewerkers met migraine te traceren.

In de literatuur is niet gevonden wat de kosten zijn van dit soort interventies, maar deze lijken gering ten opzichte van de secundaire kosten van migraine (verzuim, productieverlies, medicijngebruik, en zorgvraag; zie o.a. hoofdstuk 1).

Aanbevelingen

4.1

Voorlichting en educatie over migraine, ook in de werksituatie, verdienen aanbeveling, wanneer gericht op mensen met migraine.

4.2

Investerings in voorlichting en educatie kunnen positieve effecten hebben op arbeidsverzuim en productiviteit. De kosten-baten balans hiervan is in te schatten door de werkgever.

Psychologische en niet-medicamenteuze behandelingen

Inleiding

Psychologische en niet-medicamenteuze behandelingen, toegesneden op de uitingsvormen van migraine bij de patiënt, kunnen verbeteringen bewerkstelligen van de ziektelast. Dit geldt voor de frequentie van de aanvallen, de ernst en duur van de migraineaanval en voor het medicijngebruik. De preventieve effecten van deze behandelingen kunnen ook revenuen hebben die positief uitwerken voor de werkplek: minder arbeidsverzuim en behoud van meer productiviteit bij doorwerken na een effectief beëindigde migraineaanval.

Drie van deze behandelingen die naast medicijnen kunnen worden ingezet bij hoofdpijn, ook bij migraine, zijn cognitieve gedragstherapie, biofeedback training en mindfulness training. In de praktijk is uitleg, ordening en benoeming in de spreekkamer een vorm van herlabeling van ziektebeleving die dezelfde effecten kan hebben als cognitieve gedragstherapie.

Cognitieve gedragstherapie bestaat uit verschillende technieken, waaronder zelfmonitoring, educatie, ontspanning, en pijnmanagement strategieën. Deze technieken zijn gericht op irrationele of tenminste ineffectieve onderliggende overtuigingen en emoties. Het belangrijkste doel van cognitieve gedragstherapie is veranderingen te bewerkstelligen in vaardigheden, de 'coping stijl', met betrekking tot het omgaan met narigheid. Die is te diagnosticeren en vaak te beïnvloeden.

Bij biofeedback is het de opzet om veranderingen te bewerkstelligen in de fysiologische variabelen en op die manier de effecten van de hoofdpijn en de hoofdpijn zelf te beïnvloeden. Mindfulness trainingen beogen fysieke en mentale ontspanning en acceptatie van pijn in het dagelijks leven te bewerkstelligen met behulp van aandachtsoefeningen. Het kan gezien worden als een coping training.

Literatuur

Cognitieve gedragstherapie laat na 12 maanden een hoofdpijn reductie zien van 68%, biofeedback behandeling een reductie van 56% en de wachtlijst controle groep vertoonde een reductie van 20% (Martin, 2007). Het medicatie gebruik nam bij gedragstherapie af met 70%, bij biofeedback met 41% en bij de controle groep met 52%.

In een Nederlandse studie wordt een gering positief effect op de aanvalsfrequentie gevonden, een groter effect op het gevoel van zelfcontrole en op de ervaren kwaliteit van leven. Deze effecten doen zich vooral voor bij personen met migraine met een hoge aanvalsfrequentie (Mérelle, 2008).

Een samenvatting van vijf meta-analyses laat consistent vergelijkbare positieve effecten zien van dit soort gedragsinterventies, zij het in een iets andere grootte orde, namelijk 35-55% verbetering bij migraine en spanningshoofdpijn (Rains, 2005).

Mindfulness en met name Mindfulness Based Stress Reduction wordt toegepast voor chronische pijn.

Over de effecten van deze trainingen specifiek voor migraine is nog weinig gepubliceerd; de resultaten uit verkennend onderzoek om op deze manier met migraine om te gaan lijken veelbelovend (Schmidt, 2010).

Manuele therapie voor migraine heeft geen effect (Posadzki, 2011).

In een recente Cochrane review (Linde, 2009) betreffende acupunctuur bij migraine zijn de resultaten niet eenduidig te interpreteren. Als profylaxe lijkt acupunctuur een positieve waarde te hebben. Er is echter geen bewijs gevonden dat pure acupunctuur op geïnduceerde punten meer effect heeft dan 'valse' acupunctuur op niet-geïnduceerde punten.

Conclusies

Niveau 2

Het is aannemelijk dat cognitieve gedragstherapie en biofeedback positieve effecten hebben op het omgaan met meerdere soorten hoofdpijn, waaronder migraine

B Martin, 2007; Rains, 2005

C Mérelle, 2008

Overwegingen

De effecten van cognitieve gedragstherapie bij hoofdpijn zijn in lijn met de effecten bij chronisch pijn in het algemeen. De behandelingen duren relatief kort. Biofeedback wordt weinig aangeboden, maar psychosomatisch fysiotherapeuten kennen de principes. De principes van cognitieve gedragstherapie vinden wellicht hun weg naar de spreekkamers van huisartsen. Psychiatrische comorbiditeit kan van invloed zijn op de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie. Toch hoeft een mentale stoornis geen onoverkomelijk probleem voor het volgen van cognitieve gedragstherapie te zijn. De cultureel bepaalde aversie tegen psychologische behandeling lijkt af te nemen. Mindfulness en met name Mindfulness Based Stress Reduction wordt toegepast voor chronische pijn. Daarbij worden positieve resultaten geboekt.

Aanbevelingen

4.3

Psychotherapeutische interventies zijn aan te bevelen als effectieve interventies, niet alleen bij de voor de hand liggende diagnoses als spanningshoofdpijn, ook bij migraine.

Medicamenteuze behandelingen

De medicamenteuze aanpak bij migraine staat beschreven in de bestaande monodisciplinaire praktijkrichtlijnen van huisartsen (2013) en neurologen (2007).

Hier worden de consequenties van deze aanpak voor de werkomgeving besproken. Tevens wordt vermeld wat collega's en werkgever kunnen verwachten bij een persoon met migraine.

Een effectieve aanvalsbehandeling (tabel 6) en een aanval voorkógende (profylactische) behandeling met medicijnen (tabel 7) kunnen bij een groot aantal mensen met migraine het aantal aanvallen verminderen, de aanvalsduur bekorten tot enkele uren en de ziektelast verminderen. Daardoor verbetert ook de kwaliteit van leven.

De couperende effecten van de verschillende medicijnen voor de aanvalsbehandeling variëren tussen de 30 en 60%. Echter, er is persoonsgebonden gevoeligheid voor de verschillende medicijnen. Er zijn bijvoorbeeld zeven soorten triptanen, naast de gewone pijnstillers. Het heeft zin ze stuk voor stuk uit te proberen op geleide van consistentie, snelheid en duur van het effect, en de bijwerkingen. Dan is uiteindelijk voor de meeste mensen een effectieve behandeling te vinden. Het doel van deze medicatie is een aanval te beperken of af te bouwen zonder dat de aanval weer terugkomt, met geen of acceptabele bijwerkingen.

Voor de profylactische medicijnen geldt deze variatie in werkzaamheid en bijwerkingen ook (Mulleners, 2010; D'Ámico, 2008; Garza, 2006). Deze medicijnen hebben vier tot zes weken nodig om het effect te kunnen beoordelen. Er zijn meerdere groepen medicijnen hiervoor. Als praktische vuistregel geldt dat bij 50% van de mensen een 50% reductie in het aantal aanvallen te verwachten is.

Bijwerkingen van profylactische medicijnen zijn, zeker in de eerste periode, vaak een drempel voor continu gebruik. De combinatie van de aanvalsbehandeling met profylactisch gebruik van bèta-blokkers én kortdurende gedragstherapie, specifiek gericht op migrainemanagement, is duidelijk beter voor de vermindering van migraine en verbetering van de QoL dan de aanvalsbehandeling alleen (Holroyd, 2010).

In deze studie laten alleen bèta-blokkers of alleen gedragstherapie naast de aanvalsbehandeling genoemde verbeteringen niet zien vanwege relatief hoge placebo waarden.

Het effect van behandelingen onder ideale omstandigheden wordt - in de praktijk - beperkt door multimorbiditeit, door mengvormen met andere hoofdpijnen en door overgebruik van de aanvalsmedicatie. Met name dit overgebruik kan migraine verergeren. Daarom kunnen patiënten, die veel aanvallen in een korte tijdsperiode krijgen niet altijd gebruik maken van couperende medicijnen, ook al werken die op zich wel bij deze patiënten.

Bij een kleine groep mensen met migraine lukt de behandeling niet goed.

De onvoorspelbaarheid van het optreden van een migraineaanval is het probleem in het dagelijkse leven, dus ook op het werk. Bovendien kost een aanval meerdere uren. Om de aanvalsmedicatie in te laten werken moet men het zeer rustig aan doen of nog liever gaan rusten wil de medicatie aanslaan. Beide factoren zijn een belasting voor de omgeving, voor collega's en het werk. Bij doorwerken met een migraineaanval, die alleen maar wat weggedrukt wordt met medicijnen, is sterk verminderde productiviteit en concentratie te verwachten.

Op cognitief vlak functioneren deze mensen met migraine dan beduidend minder.

Aura's worden niet voorkomen met aanvalsmedicatie. Samen met de onvoorspelbaarheid kan dit het werk extra verstoren wanneer bij het werk een goede visus essentieel is.

Tabel 6. Meest gebruikte medicatie om een migraineaanval te couperen (NHG standaard, 2013; Goadsby, 2010; NVN richtlijn, 2007)

Gewone pijnstillers en prokinetica
Paracetamol
NSAID's, waaronder salicylaten
Domperidon
Metoclopramide
Specifieke migraine aanvalsmedicatie, de triptanen
Almotriptan
Eletriptan
Frovatriptan
Naratriptan
Rizatriptan
Sumatriptan
Zolmitriptan

Voor alle aanvalsmedicatie geldt:

- Op tijd innemen vóórdat de aanval op zijn maximum is
- 'Even rustig aan doen' of zelfs even rusten
- De dosering moet voldoende zijn
- Meerdere toedieningsvormen kunnen geprobeerd worden, tablet, zetpil, neusspray, injectie
- Wisselen van middel bij bijwerkingen
- Systematisch uitproberen, omdat mensen verschillen in gevoeligheid voor de verschillende soorten medicijnen. Dit geldt ook voor de zeven triptanen
- Pas tevreden zijn met uitproberen als de aanval binnen een paar uur beëindigd is zodanig dat men weer kan werken
- Meerdere behandelcontacten zijn nodig.

Tabel 7. Meest gebruikte aanval voorkógende medicijnen (profylactisch, dagelijkse inname) {NHG standaard, 2013; Goadsby, 2010; NVN richtlijn, 2007}

Bètablokkers
Propranolol
Metoprolol
Anti-epileptica
Valproïnezuur
Topiramaat
All antagonisten
Candesartan
ACE remmers
Lisinopril

Literatuur

Modelmatig is geprobeerd effectieve behandeling te vertalen in minder verlies in productiviteit (Yoon, 2006). Op basis van bestaande gegevens over demografie, prevalentie en effect van behandeling is berekend dat het verlies aan productiviteit door migraine ongeveer gehalveerd kan worden door medicamenteuze behandeling.

Soms wordt verlies aan productiviteit meegenomen als uitkomstmaat in medicatie studies (Kwong, 2005). In deze studie wordt minder verlies aan productiviteit gezien bij medicamenteuze behandeling vroeg in de aanval (act when mild principe). Minder productiviteitsverlies bij behandeling wordt ook in andere studies gevonden (Landy, 2007).

Ook bij studies naar profylactische medicatie worden soms effecten op de productiviteit meegenomen als uitkomstmaat, zowel verzuim als verminderde effectiviteit (Lofland, 2007). In deze studie heeft profylaxe als resultaat dat er 10% verbeterde productiviteit wordt gevonden als gevolg van minder verzuim en verbeterde effectiviteit.

Conclusies

Niveau 2	Het is aannemelijk dat het verlies aan productiviteit tijdens werktijd aanmerkelijk teruggebracht kan worden met medicamenteuze behandeling. <i>B</i> <i>Landy, 2007; Lofland, 2007; Kwong, 2005</i>
-----------------	---

Overwegingen

Er zijn geen studies gevonden naar de hier in de inleiding beschreven seriële 'uitprobeer'-strategie. Er zijn alleen studies gepubliceerd naar aparte medicatie (één of meer medicijnen naast elkaar).

Wel kan geschat worden dat, onder ideale omstandigheden, de last van migraine bij 90% van de mensen verminderd kan worden, bij 80% zelfs veel verminderd.

De belemmeringen voor een effectieve behandeling van migraine liggen in de praktijk niet zozeer bij de farmacotherapeutische mogelijkheden, maar bij de omgeving, bij de ruimte die een persoon met migraine krijgt om de migraineaanval effectief aan te pakken en bij de multimorbiditeit. Bovendien zijn er nog steeds veel mensen met migraine die geen professionele hulp zoeken.

Medicijnen moeten uitgeprobeerd worden om te zien of ze bij die ene patiënt werken. Er kunnen bijwerkingen komen die misschien slijten, misschien niet. Dan moeten andere medicijnen uitgeprobeerd worden. De grootte van het medicijneffect in de dagelijkse praktijk is niet goed te schatten, maar lijkt van dezelfde orde als de effecten van medicijnen op ziektekenmerken in gecontroleerde trials, namelijk tientallen procenten. Echter, in de praktijk van één bepaald persoon met migraine verloopt het allemaal wat minder ideaal. Al die tijd is enige coultance van de omgeving nodig. Tegelijk kan van de persoon met migraine verwacht worden dat hij trouw is aan de afspraken en het niet te snel opgeeft.

Als iemand uiteindelijk is ingesteld, dan is er tijd nodig en een rustige ruimte om een aanval te couperen met medicijnen. Idealiter is dat een uur of twee om de aanvalsmedicijnen te laten inwerken. Dat moet bijtijds gebeuren. Doorwerken leidt tot matig functioneren. Dat innemen van medicijnen en even pauze nemen moet georganiseerd worden op het werk. Want anders moet de werknemer met migraine ziek naar huis, voor één tot drie dagen.

Ook bij een optimale aanpak en een patiënt zonder multimorbiditeit lukt het soms niet de migraine effectief te reguleren. Geregeld gaat dit samen met dagelijkse gewone hoofdpijn en regelmatig met frequent gebruik van medicijnen die voor coupering van migraine aanvallen bestemd zijn. Vaak is medicijnovergebruik van de aanvalsmedicatie de oorzaak van het probleem.

Aanbevelingen

4.4

Het is sterk aan te bevelen de tijd te nemen voor het goed instellen op medicijnen, zowel voor de aanvalsaanpak als voor de vermindering van het aantal aanvallen (profylaxe).

4.5

Houd rekening met verminderde productiviteit tijdens dat instellen.

4.6

Eenmaal ingesteld is een ruimte en tijd nodig om de medicijnen - bijtijds - in te nemen, en de medicijnen in een rustige omgeving hun werk te laten doen.

4.7

Bij migraine gecombineerd met chronisch dagelijkse hoofdpijn en medicatie - overgebruik, inclusief migrainemiddelen, dient het medicatieovergebruik_aangepakt te worden.

LITERATUURREFERENTIES

Cady RK, Martin VT, Géraud G, Rodgers A, Zhang Y, Ho AP et al. Rizatriptan 10-mg ODT for Early Treatment of Migraine and Impact of Migraine Education on Treatment Response. *Headache* 2009;49:687-696.

Couturier EGM, Bomhof MAM, Gooskens RHJM, Keyser A, Mulleners WM, Sorbi MJ. Richtlijnen diagnostiek en behandeling chronisch recidiverende hoofdpijn zonder neurologische afwijkingen 2007. Eerste herziening: 1-104.

D'Amico D, Tepper SJ. Prophylaxis of migraine: general principles and patient acceptance. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2008;4(6):1155-1167.

Dekker F, Duijn NP van, Ongerling JEP, Bartelink MEL, Boelman L, Burgers JS et al. NHG-Standaard Hoofdpijn (Derde herziening). Publicatie verwacht begin 2014 in Huisarts & Wetenschap. (www.nhg.org)

Donnet A, Lantéri-Minet M, Géraud G, Guegan-Massardier E, Demarquay G, Giraud P et al. Impact of a public sensitization campaign on migraine management in France. *J Headache Pain*;2009(10):241-247.

Garza I, Swanson JW. Prophylaxis of migraine. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2006;2(3):281-291.

Goadsby PJ, Sprenger T. Current practice and future directions in the prevention and acute management of migraine. *Lancet Neurol* 2010;9:285-98.

Holroyd KA, Cottrell CK, O'Donnell FJ, Cordingley GE, Drew JB, Carlson BW, et al. Effect of preventive (β blocker) treatment, behavioural migraine management, or their combination on outcomes of optimised acute treatment in frequent migraine: randomised controlled trial. Abstract. Published online 2010 September 29. doi: [10.1136/bmj.c4871](https://doi.org/10.1136/bmj.c4871). PMCID: PMC2947621. *BMJ*. 2010; 341: c4871.

Kwong WJ, Taylor FR, Adelman JU. The Effect of Early Intervention With Sumatriptan Tablets on Migraine-Associated Productivity Loss. *JOEM* 2005;47(11):1167-1173.

Landy S, DeRossett SE, Rapoport A, Rothrock J, Ames MH, McDonald SA, Burch SP. Two Double-Blind, Multicenter, Randomized, Placebo-Controlled, Single-Dose Studies of Sumatriptan/Naproxen Sodium in the Acute Treatment of Migraine: Function, Productivity, and Satisfaction Outcomes. *MedGenMed* 2007;9(2):5.

Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Manheimer E, Vickers A, White AR. Acupuncture for migraine prophylaxis (Review). This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library 2009, Issue 4.

Lofland JH, Gagne JJ, Pizzi LT, Rupnow M, Silberstein SD. Impact of Topiramate Migraine Prophylaxis on Workplace Productivity: Results from Two US Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Multicenter Trials. *JOEM* 2007;49(3):252-257.

Martin PR, Forsyth MR, Reece J. Cognitive-behavioral Therapy Versus Temporal Pulse Amplitude Biofeedback Training for Recurrent Headache. *Behavior Therapy* 2007;38:350-363.

Mérelle SYM, Sorbi MJ, Doornen LJP van, Passchier J. Migraine patients as trainers of their fellow patients in non-pharmacological preventive attack management: short-term effects of a randomized controlled trial. *Cephalalgia* 2008;28:127–138.

Mulleners W, Haan J, Dekker F, Ferrari MD. Preventive treatment of migraine. *NTvG* 2010;154:A1512.

NHG standaard hoofdpijn www.nhg.org/standaarden/samenvatting/hoofdpijn herziening in 2013.

Page MJ, Paramore LC, Doshi D, Rupnow MFT. Evaluation of Resource Utilization and Cost Burden Before and After an Employer-Based Migraine Education Program. *JOEM* 2009;51(2):213-220.

Posadzki P, Ernst E. Spinal manipulations for the treatment of migraine: A systematic review of randomized clinical trials. *Cephalalgia* 2011;31(8):964–970.

Rains JC, Penzien DB, McCrory DC, Gray RN. Behavioral Headache Treatment: History, Review of the Empirical Literature, and Methodological Critique. *Headache* 2005;45[Suppl 2]:S92-S109.

Rothrock JF, Parada VA, Sims C, Key K, Walters NS, Zweifler RM. The Impact of Intensive Patient Education on Clinical Outcome in a Clinic-Based Migraine Population. *Headache* 2006;46:726-731.

Schmidt S, Simshäuser K, Aickin M, Lüking M, Schultz C, Kaube H et al. Mindfulness based stress reduction is an effective intervention for patients suffering from migraine. Results from a controlled trial. *European Journal of Integrative Medicine* 2010;2(4):196.

Schoonman GG, D.J. Evers DJ, Ballieux BE, Geus EJ de, Kloet ER de, Terwindt GM et al. Is stress a trigger factor for migraine? *Psychoneuroendocrinology* 2007;32:532–538.

Yoon M-S, Katsarava Z, Liedert B, Krobot KJ, Diener HC, Limmroth V. Company reference estimates for productivity loss due to migraine and productivity gains using rizatriptan 10 mg in Germany. *Journal* 2006;60(3):295–299.

Hoofdstuk 5. Het optimaliseren van samenwerking rond en met de persoon met migraine

Uitgangsvraag:

Op welke wijze kunnen zorgprofessionals in het zorgproces hun onderlinge samenwerking en de samenwerking met de persoon met migraine optimaliseren?

Inleiding

Behandeling van migraine is maatwerk, en dus sterk individueel toegesneden. Goede samenwerking tussen zorgprofessionals onderling en tussen zorgverleners en personen met migraine is gewenst.

Er kunnen verschillende zorgprofessionals actief zijn rond een persoon met migraine. Te denken valt ondermeer aan de volgende disciplines: huisarts, (hoofdpijn)neuroloog, hoofdpijnverpleegkundige, bedrijfsarts (= arbeidsgeneeskundige), arbeidsdeskundige, (hoofdpijn)psycholoog, fysiotherapeut, reïntegratiebegeleider en de verzekeringsarts.

Literatuur

In het kader van deze uitgangsvraag is uitgebreid gezocht naar artikelen betreffende de samenwerking tussen zorgprofessionals en mensen met migraine en tevens naar samenwerking tussen zorgprofessionals onderling, met betrekking tot migraine. Er is weinig literatuur gevonden.

Onderstaand wordt ingegaan op vier vormen van samenwerking:

- Samenwerking tussen zorgprofessionals in het zorgproces rond migraine
- Samenwerking tussen zorgprofessionals in het algemeen
- Samenwerking tussen zorgprofessional en persoon met migraine
- Samenwerking tussen zorgprofessional en patiënt in het algemeen.

Samenwerking tussen zorgprofessionals in het zorgproces rond migraine

Over de optimalisering van samenwerking tussen zorgprofessionals in het zorgproces rond mensen met migraine zijn geen artikelen aangetroffen, althans geen artikel waar deze samenwerking onderwerp van onderzoek is. Wel wordt in de marge van onderzoeksartikelen over migraine vaak een pleidooi gehouden voor betere samenwerking, betere communicatie, en multidisciplinaire behandeling. Bij sommige onderzoeken waarbij in multidisciplinair verband is samengewerkt wordt gesuggereerd dat deze samenwerking een positief effect voor de patiënt heeft. Vaak spelen hierbij ook andere aspecten een rol zoals meer communicatie, meer aandacht voor de patiënt en meer educatie.

Interprofessionele samenwerking tussen zorgprofessionals in het algemeen (niet migraine-specifiek)

Samenwerking tussen zorgprofessionals in Nederland gaat, zo laat de praktijk zien, niet vanzelf en er zijn vele barrières. Deze belemmeringen om te komen tot goede interprofessionele samenwerking liggen op de volgende gebieden (Nauta, 2004):

- persoonlijke belemmeringen (zoals geen 'samenwerker')
- praktische belemmeringen (zoals bereikbaarheid)
- organisatorische belemmeringen (zoals tijd, organisatorische structuur)
- juridisch-ethische belemmeringen (zoals gegevens, privacy)
- sociaal-psychologische belemmeringen (zoals identiteit, statusverschillen, vertrouwen, opvattingen over professionele domeingrenzen).

De persoonlijke en sociaal-psychologische belemmeringen zijn minder gemakkelijk op te lossen dan de overige belemmeringen. Al blijken die in de praktijk ook hardnekkig te kunnen zijn.

Hoewel bovengenoemd onderzoek betrekking heeft op de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen is het voorstelbaar dat genoemde belemmeringen ook optreden voor andere zorgprofessionals.

In deze tijd wordt het steeds meer duidelijk dat de arts van nu een 'teamplayer' is. Mede door de vele subspecialisaties van de medici kan niemand het geheel meer overzien. Samenwerken is aan te leren, zeker wanneer men daar actief aan wil werken (Gerritsen, 2008).

Gezien het grote belang dat nu, zowel in medische kringen als daarbuiten, gehecht wordt aan samenwerking en communicatie, zowel interprofessioneel als met de patiënt, heeft structurele aandacht voor deze vaardigheden een plaats gekregen in het curriculum van de medische basis- en vervolgopleiding. Dit curriculum, het Raamplan Artsopleiding (Van Herwaarden, 2009), dat gebruik maakt van het CanMEDS 2005 model, beschrijft de gezamenlijke eindtermen van de opleiding tot arts. Tot deze eindtermen, geformuleerd als zeven competenties, behoren zowel 'samenwerking' als 'communicatie'.

Samenwerking tussen zorgprofessional en persoon met migraine

Er zijn slechts enkele artikelen gevonden die van toepassing zijn op deze uitgangsvraag en de samenwerking of de onderlinge communicatie tussen zorgprofessional en persoon met migraine betreffen; partnerschap en gedeelde besluitvorming (shared decision making) zijn daarbij de kernbegrippen.

In een review (Patwardhan, 2007) suggereren de resultaten dat een betere communicatie van de behandelaar ten opzichte van de hoofdpijnpatiënt er toe bijdraagt dat:

- de patiënt meer tevreden is over zijn contacten met behandelaars
- de kennis van de patiënt over zijn migraine toeneemt
- het zelfmanagement van de patiënt groeit
- de klinische uitkomstmaten verbeteren.

Alleen medicamenteuze behandeling is voor veel hoofdpijnpatiënten niet voldoende om hun klachten te doen verminderen. Daar hoort zorg bij van de zorgprofessional, een diagnose die op de persoon is toegesneden en met name een maatwerktherapie, die de patiënt kan en wil volgen (Radaelli, 2004).

Effectieve communicatie tussen arts en (hoofdpijn)patiënt heeft een positieve invloed, niet alleen op het gevoel van de patiënt, maar ook op de beheersing van de symptomen (Stewart, 1995).

Een meer recente ontwikkeling in de samenwerking tussen behandelaar en persoon met migraine is het gebruik van een website, voorafgaand aan en na afloop van een bezoek aan een arts (Sciamanna, 2006). Deze website, die alleen toegankelijk is voor behandelaar en patiënt, zorgt ervoor dat bepaalde zaken al voorafgaand aan een spreekuurbezoek worden overdacht en zo beter aan de orde kunnen komen tijdens het spreekuur. Door wederzijdse persoonlijke feedback na het spreekuurbezoek via de website beklijft er meer van wat er tijdens het bezoek is besproken.

Samenwerking tussen zorgprofessional en patiënt in het algemeen (niet migraine-specifiek)

Gedurende de afgelopen jaren begint er steeds meer bewustwording te komen, dat zorgprofessionals niet alleen vóór een patiënt dienen samen te werken, maar juist ook mét de patiënt. Idealiter zouden zorgprofessional en patiënt sámen, in goed onderling overleg, moeten komen tot een mening over het probleem en een besluit over de aanpak.

Deze gedeelde besluitvorming, in samenhang met goede en effectieve communicatie, is nog relatief nieuw en voor zowel arts als patiënt mogelijk lastig (Van der Weijden, 2010; Van der Weijden, 2007; Edwards, 2001; Charles, 1997). Gedeelde besluitvorming zorgt er wel voor dat de patiënt medeverantwoordelijk wordt voor de therapie en zich ook beter aan de bewuste therapie zal houden. Een goede onderlinge communicatie kan daarnaast de therapietrouw aan medicijngebruik bevorderen (Van Dulmen, 2011).

Conclusies

Niveau 2	Het is aannemelijk dat effectieve communicatie tussen de zorgprofessional en de persoon met migraine het empowerment en het zelfmanagement van de patiënt doet toenemen. <i>B</i> Patwardhan, 2007; Stewart, 1995 <i>C</i> Sciamanna, 2006
Niveau 3	Gedeelde besluitvorming ('shared decision making'), waarbij de patiënt zich medeverantwoordelijk voelt voor de therapie, zal de therapietrouw bevorderen. Het lijkt waarschijnlijk dat dit ook geldt voor patiënten met migraine. <i>C</i> Van Dulmen, 2011; Van der Weijden, 2007; Edwards, 2001; Charles, 1997

Overwegingen

Wanneer is samenwerking rond migraine tussen zorgprofessionals onderling en tussen patiënt en zorgprofessionals noodzakelijk?

Diagnosestelling

Het eerste traject waarin samenwerking een cruciale rol speelt, betreft het herkennen van migraine en het komen tot een juiste diagnose. Kennis en goede communicatie doen daarbij in belang niet voor elkaar onder. Hulpmiddelen, zoals de IHS criteria (IHS, 2004) en gevalideerde vragenlijsten kunnen daarbij de communicatie structureren.

Personen met last van migraine zullen vaak slechts terloops de hoofdpijn melden bij een (huis)arts. Een luisterend oor en empathisch vermogen zijn hierbij van belang om de klacht te kunnen plaatsen. Juist in dat eerste traject moet de kans op onderherkenning van migraine, onderdiagnostiek, verkeerde diagnostiek en onderbehandeling zo klein mogelijk zijn.

Mensen met complexe hoofdpijnklasten kunnen verwezen worden naar de hoofdpijncentra in Nederland (www.hoofdpijncentra.nl).

Instellen medicatie

Het zoeken naar de juiste medicatie, zowel voor acute bestrijding van de migraineaanval als voor preventieve behandeling, is op de persoon toegesneden maatwerk en nog voor een deel 'trial and error'. Maar met de huidige goede handvatten (behandelrichtlijnen, overzichten van therapeutica met voor- en nadelen en mogelijke geschiktheid voor bepaalde patiëntencategorieën) is er voor het merendeel van de mensen met migraine een passende therapie te vinden.

Patiënten worden steeds mondiger en krijgen ook steeds meer toegang tot medische informatie via internet. Patiënten weten die informatie echter niet vanzelfsprekend correct te interpreteren; zij kunnen niet altijd duiden wat de informatie betekent en hoe zij de informatie kunnen gebruiken in hun eigen zorgproces. Daar is vaak deskundigheid van een zorgprofessional bij nodig.

Ook in dit traject zijn goede samenwerking en wederzijdse en voortdurende communicatie (partnerschap) tussen de persoon met migraine en de zorgprofessional essentieel voor goede resultaten.

Deze samenwerking is niet eenmalig. Door de chroniciteit van de ziekte is continuïteit van het zorgprofessional - persoon met migraine contact belangrijk.

Vervolgtraject

De samenwerking en communicatie tussen huisarts (of een andere zorgprofessional als initiële diagnosesteller) en de hoofdpijnspecialist is belangrijk, juist in verband met het vervolgtraject. Daarnaast dient goede communicatie plaats te vinden met niet-medische disciplines, wanneer die zijn aangewezen voor behandeling of begeleiding van de patiënt (psycholoog, reïntegratiebegeleider, fysiotherapeut, etc.). Deze samenwerking blijkt in de praktijk nog veel belemmeringen te kennen. Zorgprofessionals worden zich er wel steeds meer van bewust dat de zorg rond een persoon met migraine, net als de zorg rond de meeste patiënten met een chronische aandoening, een gezamenlijk proces is waarbij vanuit verschillende disciplines elkaar aanvullende expertise moet worden geleverd.

Uit de praktijk blijkt het vertrouwen in andere disciplines en professies toe te nemen wanneer men elkaar en elkaars werk beter leert kennen door middel van bijvoorbeeld multidisciplinaire nascholing op het gebied van migraine, waarin casuïstiek wordt besproken en men elkaar bevraagt op expertise en rol in dit zorgproces.

Werkomgeving

Samenwerking van (al dan niet medische) disciplines die in of rond de werkomgeving functioneren, met behandelende disciplines en met de werknemer, vindt in Nederland (te) weinig plaats. De persoon met migraine communiceert niet altijd open en volledig naar de werkgever of bedrijfsarts over de migraineklachten. Voor het arbeidsverzuim worden dikwijls andere redenen opgegeven. Anderzijds weten bedrijfsartsen meestal onvoldoende van migraine met zijn specifieke problematiek en vragen zij daar onvoldoende op door, om alert en op constructieve wijze samen met de patiënt de problemen in de arbeidssituatie en de lasten voor de werkgever te verminderen.

In Nederland zou de hoofdbehandelaar, in overleg met de patiënt, vaker een verwijzende rol richting bedrijfsarts kunnen vervullen, zeker wanneer er sprake is van in het werk gelegen factoren. Idealiter blijft er tijdens het vervolg van het zorgproces contact bestaan tussen hoofdbehandelaar en bedrijfsarts.

De verzekeringsarts bepaalt de mate van belastbaarheid van de patiënt, wanneer er sprake is van een ziekte. Het weten van de exacte diagnose is niet doorslaggevend om de belastbaarheid te kunnen vaststellen. Voor migrainepatiënten is deze belastbaarheid minder eenvoudig te duiden. Tijdens en rond een migraineaanval is de belastbaarheid voor migrainepatiënten veel geringer dan onder normale omstandigheden.

Aanbevelingen

5.1

De zorgprofessional dient alert te zijn op terloopse meldingen van (episodische) hoofdpijn met verminderd functioneren op het werk door een werknemer met migraine.

Bij twijfel, complexiteit, comorbiditeit of onvoldoende specialisatie op het terrein van migraine, is verwijzing voor behandeling naar een hoofdpijnspecialist, bijvoorbeeld in een hoofdpijncentrum, geïndiceerd.

5.2

Een goede en voortdurende samenwerking tussen zorgprofessional en persoon met migraine op basis van wederzijdse communicatie en gezamenlijke besluitvorming (shared decision making) is sterk aan te bevelen om te komen tot de volgende zaken voor de persoon met migraine:

- de keuze van de juiste medicatie
- het verhogen van de therapietrouw
- het vergroten van het vertrouwen in de eigen capaciteiten en het zelfmanagement
- het beheersen van migrainebevorderende factoren op, rond of in het werk
- de toename van de patiënttevredenheid en de kwaliteit van leven.

5.3

De zorgprofessionals van een persoon met migraine streven ernaar zódanig met elkaar af te stemmen en samen te werken, dat deze samenwerking het zorgproces rond migraine ten goede komt en de persoon met migraine hiermee akkoord gaat.

Deze afstemming houdt in dat:

- Alle zorgprofessionals zich bewust zijn van hun professionele plek in de zorg van de werkende met migraine en weten wat hun eigen bijdrage in het zorgproces is.
- Alle zorgprofessionals van een werkende met migraine weten welke andere professionals rondom deze persoon met migraine werken en wat ieders bijdrage aan het zorgproces is.
- Zorgprofessionals van een werkende met migraine ervoor zorgen dat de werkende zelf alle gegevens heeft die van belang zijn in het zorgproces. De persoon met migraine moet dus inzage kunnen krijgen in de verslaglegging. Zorgprofessionals dienen wel na te gaan welk begrip de patiënt heeft over de informatie en daar - zo nodig - uitleg over te geven.

LITERATUURREFERENTIES

Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). Soc. Sci. Med. 1997;44(5):681-692.

Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. Social Science & Medicine 1999;49:651-661.

Dulmen S van, Bijnen E van. What makes them (not) talk about proper medication use with their patients? An analysis of the determinants of GP communication using reflective practice. International Journal of Person-Centered Medicine 2011;1(1):27-34.

Edwards A, Elwyn G, Smith C, Williams S, Thornton H. Consumers' views of quality in the consultation and their relevance to 'shared decision-making' approaches. Health Expectations 2001;4:151-161.

Gerritsen AGA, Nauta AP. Samenwerking is te leren! Maar hoe? Tijdschrift voor Medisch Onderwijs 2008;27(3):109-119.

Herwaarden CLA van, Laan RFJM, Leunissen RRM. Raamplan artsopleiding 2009.

http://www.nfu.nl/pdf/Raamplan_Artsopleiding_2009.pdf

Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders. Cephalalgia 2004;24(Suppl 1):1-160.

Nauta AP. 'Een vertrouwenskwestie? Over het samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen. Heerlen:Open Universiteit; 2004.

Patwardhan M, Coeytaux RR, Deshmukh R, Samsa G. What is the impact of physician communication and patient understanding in the management of headache? Neuropsychiatric Disease and Treatment 2007;3(6):893-897.

Radaelli S, Leonardi M, Pessina A. Invisible diseases and the doctor-patient relationship. J Headache Pain 2004;5:209-211.

Sciamanna CN, Nicholson RA, Lofland JH, Manocchia M, Mui S, Hartman CW. Effects of a Website Designed to Improve the Management of Migraines. Headache 2006;46:92-100.

Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. Can Med Assoc J 1995;152(9):1423-1433.

Weijden T van der, Veenendaal H van, Timmermans D. Shared decision-making in the Netherlands – current state and future perspectives. Science Direct 2007;101:241-246.

Weijden T van der. Richtlijnen in de spreekkamer, van dogma naar dans. Oratie Maastricht University december 2010.

Hoofdstuk 6. Juridische aspecten rond arbeidsverzuim door migraine

Uitgangsvraag

Welke juridische implicaties zijn er verbonden aan het geven van medische informatie over een persoon met migraine aan diens werkomgeving?

Inleiding

Met betrekking tot de uitgangsvraag zijn twee aspecten te onderkennen:

- De onderlinge informatie-uitwisseling, in het bijzonder het uitwisselen van medische informatie
- De gevolgtrekkingen uit die informatie met betrekking tot de beoordeling van arbeids(on)geschiktheid.

De persoon met migraine heeft inzake het herstel van zijn gezondheid in eerste instantie een relatie met de behandelend arts en/of een behandelteam. Indien er sprake is van werken binnen een arbeidsovereenkomst is er een relatie met een werkgever, in het bijzonder de leidinggevende en de werkomgeving.

Wat migraine in dit verband bijzonder maakt zijn de aanvalsgewijs optredende klachten en tijdelijke belemmeringen naast de variëteit aan uitlokkende en predisponerende en soms ook onderhoudende factoren. Veelal leidt de ziekte tot kortdurende uitval (absenteïsme) of werkt de patiënt rond of zelfs tijdens zijn migraineaanval door, maar met verminderde prestatie (presenteïsme). Herhaalde, kortdurende uitval - zogeheten frequent arbeidsverzuim - kan aanleiding zijn tot contact met de bedrijfsarts.

Iedere werkgever is verplicht zich bij arbeidsverzuim en de beoordeling van geschiktheid voor passend werk te laten bijstaan door een bedrijfsarts. Na twee jaar geheel of gedeeltelijk arbeidsverzuim ontstaat er ook een relatie tussen de patiënt/verzekerde en de verzekeringsarts van UWV. Zelfstandigen met een arbeidsongeschiktheidsverzekering krijgen een relatie met een adviserend geneeskundige/verzekeringsarts van de verzekeringsmaatschappij. De bedrijfsarts en de verzekeringsarts hebben doorgaans geen behandelrelatie, maar zullen zich inspannen tot behoud van inzet van de patiënt, dus ook de persoon met migraine, in werk en daarmee ook tot beperking van de schadelast. Gedurende het traject van arbeidsongeschiktheid vinden beoordelingen plaats van de geschiktheid van de persoon voor het eigen werk, het eigen werk met aanpassingen of ander werk bij de eigen of een andere werkgever.

Om tot een goede beoordeling en advies te komen kan het nodig zijn medische informatie in te winnen bij de behandelend arts of het behandelteam. Een overzicht van de relaties en aspecten waarbij juridische implicaties kunnen optreden is weergegeven in bijlage 8.

Literatuur

Er is geen wetenschappelijke literatuur gevonden over de juridische implicaties van medische informatie-uitwisseling over *personen met migraine*. Daarom is de vraag verbreed naar juridische implicaties van medische informatie-uitwisseling als zodanig.

Na ruggenspraak met deskundigen is relevante literatuur beschouwd.

Naast het wettelijk kader van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP) zijn er door meerdere actoren richtlijnen gepubliceerd over de uitwisseling van (medische) gegevens, al dan niet in het kader van arbeidsverzuim.

De volgende richtlijnen zijn van belang:

	<i>Richtlijn</i>	<i>Uitgegeven door</i>	<i>Jaar van uitgifte</i>	<i>Regelt</i>	<i>Niveau</i>
1	De zieke werknemer en privacy	College Bescherming Persoonsgegevens (CBP)	2008	de verwerking van persoonsgegevens van zieke werknemers	D
2	Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens	Koninklijke Maatschappij tot Bevordering der geneeskunst (KNMG)	2010	alle aspecten m.b.t. (medische) gegevensbeheer en -verstrekking	D
3	Leidraad Bedrijfsarts en privacy	Nederlandse vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) en BoaBorea	2011	hoe om te gaan met privacygevoelige gegevens in de bedrijfsgezondheidszorg en in het bijzonder met medische gegevens bij verzuimbegeleiding	D
4	Richtlijn beheer gegevens vallend onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV)	2010	Het verkrijgen, documenteren, omgaan met medische gegevens naar derden en het inzage- en correctierecht van de cliënt	D
5	Communicatie met behandelaars	Tijdelijk Instituut voor Coördinatie en Afstemming	1996	De communicatie tussen bedrijfs- en verzekeringsartsen en behandelaars in het kader van de sociaal medische begeleiding	D

Bovenstaande richtlijnen voorkómen en borgen het ongeoorloofd opslaan, gebruiken en verstrekken van medische gegevens aan derden, gezien vanuit de medische professional met een geheimhoudingsplicht ten opzichte van de patiënt/werknemer/verzekerde.

In contrast daarmee staat de wens van veel patiënten om een open communicatie te hebben gericht op het wegnemen van belemmeringen tot participeren in werk, waartoe goede informatievoorziening in veel gevallen een voorwaarde is.

Aan de hand van enkele concrete situaties wordt de betekenis van deze richtlijnen verduidelijkt. In bijlage 8 zijn de relevante onderdelen per richtlijn opgesomd.

Moet de werknemer zijn medische status aan de werkgever melden?

Nee. Noch bij de verzuimmelding noch in het kader van frequent verzuim is de werknemer verplicht om de aard van zijn ziekte te melden aan de werkgever (1). De verzuimende werknemer meldt desgevraagd wel de mogelijkheden en beperkingen met betrekking tot de uitvoering van het eigen of ander werk. De aard van de ziekte mag worden gemeld, maar de werkgever mag daarvan geen registratie houden (1).

De werkgever laat zich voor adviezen over de inzetbaarheid van de werknemer/patiënt bijstaan door de bedrijfsarts. Bij ziekteverzuim is de werknemer wel verplicht om de aard van de ziekte en de beperkingen te melden aan de *bedrijfsarts*, op grond waarvan deze kan beoordelen in hoeverre de werknemer inzetbaar is (3).

Moet de behandelend arts medische informatie ten behoeve van de beoordeling van de inzetbaarheid overdragen?

Ja, indien de patiënt/werknemer daartoe *expliciet* en *gerichte toestemming* geeft. De beoordeling van de inzetbaarheid in werk behoort niet tot de taak van de behandelend arts; wel is het van belang dat ook de behandelend specialist een arbeidsanamnese in zijn behandeling/begeleiding betreft. De medische informatie beperkt zich tot feiten en bevindingen, in antwoord op gerichte vragen (2). De patiënt heeft inzage- en kopierecht van het medische dossier; in de rol van werknemer kan de patiënt derden (daartoe gemachtigd) inzage geven in het medische dossier (2).

In het kader van de WGBO (Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst) is de behandelend arts verplicht de patiënt zorgvuldig te informeren, zodat de patiënt, zonder tussenkomst van de behandelaar, relevante feiten aangaande zijn gezondheid bij de bedrijfs- of verzekeringsarts over het voetlicht kan brengen (5).

In de praktijk van alle dag wordt er meestal geen onderscheid gemaakt tussen de soorten consulten bij de bedrijfsarts. Er is echter een wezenlijk verschil tussen het *arbeidsomstandighedenconsult* en het *verzuimconsult*. Het eerste is een *vrijwillig* contact tussen werknemer en bedrijfsarts. Hiervoor gelden dezelfde regels als voor bijvoorbeeld een consult bij de huisarts of specialist. De bedrijfsarts moet zich, volgens de WGBO, houden aan de geheimhoudingsplicht. Dat geldt in mindere mate voor het verplichte *verzuimconsult*. Verwarring kan ontstaan over het consult wegens 'frequent verzuim'. Dat is een vrijwillig aangegaan consult. Dat betekent dat de bedrijfsarts vooraf toestemming moet hebben van de werknemer om (medisch onderbouwde) adviezen te mogen geven aan de werkgever (3).

Moet de bedrijfsarts medische informatie doorgeven aan de werkgever?

Nee. De bedrijfsarts beperkt zich bij arbeidsverzuim tot een advies over de geschiktheid van de werknemer voor passend werk en diens eventuele beperkingen voor de uitvoering van taken (3). Met expliciete toestemming van de werknemer mag relevante medische informatie worden verstrekt (3), bijvoorbeeld waar het gaat over de aanpassing van het werk om ziekte(verschijnselen) te voorkomen. Deze medische gegevens mag de werkgever opnemen in het personeelsdossier (1).

Moet de bedrijfsarts medische gegevens verstrekken aan de verzekeringsarts van UWV?

Ja. In het kader van de uitvoering van de arbeidsongeschiktheidsverzekering en bij het aanvragen van een deskundigenoordeel aan UWV moet de bedrijfsarts gerichte (medische) informatie verstrekken, waarbij geen uitdrukkelijke toestemming van de werknemer/patiënt is vereist (4). Eerder verkregen medische informatie van de behandelaar maakt deel uit van de informatieoverdracht tussen bedrijfsarts en verzekeringsarts.

Mag de verzekeringsarts in het kader van de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid medische informatie opvragen bij de behandelaar?

Ja. Maar daarvoor is wel gerichte toestemming van de werknemer/patiënt vereist (5). Voorwaarde is dat zowel de indicatiestelling (waartoe worden de gegevens opgevraagd) als de vraagstelling (wat wordt opgevraagd) persoonlijk met de patiënt zijn besproken. De informatie wordt opgeslagen in het medische dossier van de verzekeringsarts, waarop het medisch beroepsgeheim van toepassing is (4), inclusief het inzage- en correctierecht. De werknemer/verzekerde heeft tevens het recht om zijn of haar eigen visie aan het dossier toe te voegen. De verzekeringsarts rapporteert vanuit het medische dossier de functionele mogelijkheden en beperkingen tot werken (FML) en de verzekeringsgeneeskundige rapportage voor zover deze deel uitmaken van het *claimdossier* (4).

Conclusies

Niveau 4	De leden van de werkgroep zijn van mening dat de richtlijnen voor het geven van medische informatie voldoende aanknopingspunten bieden voor zorgvuldig handelen door alle actoren met respect voor de privacy van de (migraine)patiënt. 1 <i>Velde S van, Terhorst AGI. De zieke werknemer en privacy, regels voor Verwerking van persoonsgegevens van zieke werknemers. Tweede herziene druk. College Bescherming Persoonsgegevens. Den Haag, februari 2008</i> 2 <i>KNMG Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens. Utrecht, januari 2010</i> 3 <i>NVAB, Boaborea. Leidraad bedrijfsarts en privacy. 18 april 2011</i> 4 <i>UWV. Richtlijn. Beheer gegevens vallend onder het medisch beroeps-Geheim van de verzekeringsarts. Amsterdam, maart 2010</i> 5 <i>Tica. Communicatie met behandelaars. Richtlijnen voor de communicatie tussen bedrijfs- en verzekeringsartsen met behandelaars. Standaard. Amsterdam, december 1996</i>
-----------------	--

Niveau 4

De leden van de werkgroep zijn van mening dat de richtlijnen, waarmee artsen hun geheimhoudingsplicht handhaven, onvoldoende expliciet aandacht geven aan de wijze waarop de persoon met migraine eigen regie kan voeren over relevante informatie-uitwisseling en opslag van (medische) gegevens (*bronnen 1-5, zie boven*).

Niveau 4

De leden van de werkgroep zijn van mening dat het belang van relevante informatie-uitwisseling, gericht op behoud van arbeidsparticipatie van de werkende met migraine, in de richtlijnen (*bronnen 1-5, zie boven*) onvoldoende aan bod komt.

Niveau 4

De leden van de werkgroep zijn van mening dat het onderscheid tussen een verplicht en een vrijwillig spreekuurcontact met de bedrijfsarts aanleiding geeft tot verwarring over de aard van de (medische) informatie(uitwisseling) tussen alle actoren.

3 NVAB, Boaborea. *Leidraad bedrijfsarts en privacy*.

Voetnoot

In deze richtlijn wordt expliciet gesproken over werkenden met migraine. De in dit hoofdstuk genoemde regels zijn ook van toepassing op mensen met andere (chronische) ziekten.

Overwegingen

Informatievergaring door casemanagers

In het kader van de verzuimbegeleiding werken veel bedrijven met casemanagementbureaus, waarbij de verzuimbegeleiding is uitbesteed aan zo'n bureau of aan een arbodienst. Casemanagers kunnen een rol hebben in de correcte afwikkeling van de procedures van de Wet Verbetering Poortwachter (WVP). De wet legt regels op aan werkgevers, werknemers en bedrijfsartsen (arbodiensten) voor een adequate aanpak, gericht op reïntegratie in werk, dus ter voorkoming van een beroep op de arbeidsongeschiktheidsverzekering. Het is van groot belang voor de werknemer om de positie en de rol van casemanagers te kennen. Indien deze werken in een verlengde-armconstructie, werken zij in opdracht van de bedrijfsarts en vallen zij als zodanig onder het medisch beroepsgeheim. Uit onderzoek blijkt deze positie van de casemanager ten opzichte van de bedrijfsarts vaak onduidelijk te zijn (Van der Meer, 2009).

De sollicitatie

Zoals eerder gemeld zijn er geen beroepen benoemd die niet verenigbaar zijn met het hebben van migraine. Migraine kan dus op zichzelf geen reden zijn voor een afwijzing voor een functie, tenzij dit vóór aanvang van de sollicitatieprocedure is kenbaar gemaakt. Het betreft dan sectorale of bedrijfsinterne regelingen waarbij voor een specifieke functie personen met migraine of gebruik van middelen tegen migraine zijn uitgesloten of kunnen worden uitgesloten. Als voor een functie of een opleiding daartoe een medische aanstellingskeuring van toepassing is, dient de sollicitant dus tevoren op de hoogte te zijn van de medische redenen tot uitsluiting. Dergelijke procedures kennen doorgaans een beroepsmogelijkheid.

In alle andere gevallen heeft een persoon met migraine zwijgrecht in de sollicitatieprocedure, ook indien wordt gevraagd naar de kans op verzuim op grond van arbeidsverzuim in het verleden.

Voor het overige kan worden verwezen naar de Wet op de medische keuringen en de Commissie Klachtenbehandeling Aanstellingskeuringen (www.aanstellingskeuringen.nl).

Het beoordelen van de arbeids(on)geschiktheid

Een werknemer/patiënt met migraine loopt kans op ziekte-uitval en arbeidsongeschiktheid. Van 1 januari 2006 -1 augustus 2008 heeft UWV 117 werknemers beoordeeld in het kader van een WIA-aanvraag, na een periode van twee jaar arbeidsongeschiktheid (WIA: wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen). Van die werknemers werd 47% als minder dan 35% arbeidsongeschikt beschouwd (geen uitkering). Van de overige werknemers kreeg één persoon een blijvende en volledige arbeidsongeschiktheidsbeoordeling (IVA: inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten), 37% een uitkeringspercentage 80-100% WGA en 15% werd ingedeeld in de klasse 35-80% WGA (regeling Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsongeschikten).

De WIA cijfers van UWV hebben betrekking op 31 mannen en 86 vrouwen.

De leeftijdsverdeling is als volgt: 26-35 jaar (28%), 36-45 jaar (28%), 45-55 jaar (30%) en 56 jaar of ouder (11%).

Bij de betreffende WIA-beoordeling was migraine de hoofddiagnose. In 66 gevallen was dit de enige diagnose. Veel voorkomende nevendiagnoses waren depressie (20%), overspanning (7%) en spanningshoofdpijn (5%). Deze WIA cijfers wijken niet essentieel af van de algemene cijfers met betrekking tot instroom WIA.

Alvorens er een WIA beoordeling plaatsvindt, zal het RIV (reïntegratieverslag) worden beoordeeld. Beoordeeld wordt of werkgever en werknemer zich voldoende hebben ingespannen inzake reïntegratie, daarbij bijgestaan door de bedrijfsarts. Deze beoordeling vindt plaats door een arbeidsdeskundige van UWV in samenwerking met de verzekeringsarts indien nodig. Indien akkoord, zal een WIA beoordeling plaatsvinden, indien niet akkoord volgt er een sanctie tot loondoorbetaling door werkgever of een sanctie voor de werknemer.

Niet de ziekte en de rechtstreeks en objectief vaststelbare beperkingen daarvan, maar het *verlies aan verdienvermogen* bepaalt in hoge mate het uitkeringspercentage. Dat verlies aan verdienvermogen wordt deels bepaald door beperkingen in belastbaarheid vastgelegd in een lijst van functionele mogelijkheden (FML), op te stellen door de verzekeringsarts. Een probleem daarbij is dat de ziekte migraine wordt gekenmerkt door afwisseling van perioden waarin er geen sprake is van een verminderde belastbaarheid (onbeperkte functionele mogelijkheden) en perioden waarin het functioneren verminderd tot afwezig is. Op basis van uitval in het verleden (gemeten over meerdere jaren) wordt een schatting gemaakt van het verzuimrisico in de toekomst. Uit uitspraken van de Centrale Raad van Beroep (CRvB) blijkt dat bij een te verwachten ziekteverzuim van 25% of meer de grens, van wat in redelijkheid van de werkgever kan worden verlangd, is overschreden. Voorts wordt voor de vaststelling van de belastbaarheid nagegaan welke factoren aanwezig zijn die van invloed zijn op het optreden van migraineaanvallen. Indien zulke triggers aanwezig zijn, kunnen deze aanleiding geven tot het vaststellen van beperkingen. Voorts wordt beoordeeld in hoeverre de patiënt/verzekerde voldoende heeft gedaan ter bevordering van zijn participatie in werk (6). Hierin worden ook de voorgestelde behandeling en de navolging van deze behandeling betrokken. Aansluitend dient de duurzaamheid van de vastgestelde beperkingen te worden beoordeeld (hiervoor bestaat een beoordelingskader UWV). Onder duurzaam wordt minimaal een periode van één jaar verstaan. Van belang hierbij is de prognose/beloof van de aandoening.

Indien een cliënt, die geen beperkingen claimt tussen de aanvallen door, wordt beoordeeld in het kader van WIA maar wel een verhoogd verzuim heeft, zal de verzekeringsarts de verzuimfrequentie trachten te objectiveren door middel van:

- uitgebreide eigen anamnese met betrekking tot hoofdpijn (conform NHG standaard en richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van chronisch recidiverende hoofdpijn zonder neurologische afwijkingen')
- het vragen naar een persoonlijk dossier of dagboek ten aanzien van aanvalsfrequentie, aanvalsbehandeling en effect daarvan op functioneren op het werk maar ook daarbuiten, eventueel aan te vullen met een arbeidskundig onderzoek naar het functioneren op de werkvloer
- vragen van verzuiminformatie aan werkgever en of arbodienst/bedrijfsarts
- inwinnen van informatie van behandelende sector
- eventueel laten verrichten van een expertise en indien er sprake is van discrepantie kan eventueel opname nodig zijn ten behoeve van observatie.

Aangezien er geen wetenschappelijke duidelijkheid is inzake het beloop op lange termijn en dit zeer wisselend kan zijn in het individuele geval, kan niet gesteld worden dat de arbeidsongeschiktheid duurzaam zal zijn (één jaar of langer bestaand). Een aanvraag voor verkorte WIA termijn kan alleen gehonoreerd worden indien er sprake is van duurzame en volledige arbeidsongeschiktheid waarbij herstel is uitgesloten. Dit zal bij migraine doorgaans niet het geval zijn.

Jurisprudentie

Beoordelingen van de arbeidsongeschiktheid hebben in het verleden geleid tot het voeren van beroep tegen de uitspraak van UWV. Het beroep wordt behandeld door de bestuursrechter (Centrale Raad van Beroep). De uitspraken worden gepubliceerd in www.rechtspraak.nl. De uitspraken kunnen gevolg hebben voor beoordelingen van UWV in de toekomst. De uitspraken zijn niet betrokken in de opstelling van deze richtlijn. Daarvoor zijn de cases te specifiek en contextafhankelijk. De bestuursrechter gaat uit van de kwaliteit van de oordeelsvorming van de verzekeringsarts. Indien dat zorgvuldig is gebeurd wordt het beroep afgewezen. De door de verzekeringsarts vastgestelde beperkingen in de FML staan in beginsel niet (meer) ter discussie, terwijl uit de gepubliceerde uitspraken blijkt dat dit vaak de reden is van het beroep bij de rechtbank.

Aanbevelingen

6.1

Het verdient aanbeveling om een strategie te ontwikkelen waarmee de persoon met migraine meer eigen regie kan voeren over de informatie-uitwisseling tussen behandelend arts en bedrijfsarts/verzekeringsarts. Bijvoorbeeld door het beschikbaar stellen van schriftelijke informatie aan de patiënt ten behoeve van de andere zorgprofessionals.

6.2

Het verdient aanbeveling dat de behandelaar zich te allen tijde beperkt tot het verstrekken van feitelijke medische informatie, zonder suggesties met betrekking tot de geschiktheid voor bepaald werk.

6.3

De werkgroep adviseert aan de vereniging van bedrijfsartsen (NVAB) ondubbelzinnigheid te betrachten over de aard en het doel van het spreekuurcontact (verzuimbegeleiding versus arbeidsomstandighedenconsult) en de onderscheiden randvoorwaarden voor informatie-uitwisseling met alle actoren.

6.4

De werkgroep beveelt aan transparantie te bevorderen over de wijze waarop de bedrijfsarts of de verzekeringsarts de consequenties voor het functioneren van de persoon met migraine beoordeelt en vastlegt.

6.5

De werkgroep beveelt behandelaar en persoon met migraine aan om voorafgaand aan de verzending van opgevraagde medische gegevens met elkaar overleg te plegen.

6.6

De werkgroep beveelt alle zorgprofessionals aan om standaard, aan de persoon met migraine, een kopie te geven van de medisch opgevraagde en verstrekte gegevens.

LITERATUURREFERENTIES

KNMG. Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens. Utrecht, januari 2010.

Meer vd HCB, Willems JHBM. Taken en verantwoordelijkheden van de bedrijfsarts in het kader van verzuimbegeleiding en reïntegratie. KNMG. Utrecht, augustus 2009.

NVAB, Boaborea. Leidraad bedrijfsarts en privacy. 18 april 2011.

Tica. Communicatie met behandelaars. Richtlijnen voor de communicatie tussen bedrijfs- en verzekeringsartsen met behandelaars. Standaard. Amsterdam, december 1996.

UWV. Richtlijn. Beheer gegevens vallend onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts. Amsterdam, maart 2010.

Velde vd S, Terhorst AGI. De zieke werknemer en privacy, regels voor de verwerking van persoonsgegevens van zieke werknemers. 2^e herziene druk. College Bescherming Persoonsgegevens. Den Haag, februari 2008.

VGI. Verzekeringsgeneeskundige protocollen. Participatiegedrag, Utrecht, 15 maart 2010.

Bijlage 1a. Uitwerking enquêtes arbeidsgerelateerde problematiek migraine

In bijlage 1b vindt u twee versies van de enquête 'Migraine en Werk'. Deze enquête had als doel meer duidelijkheid te krijgen over de problemen die te maken hebben met 'mensen met migraine op het werk'. De vragen zijn grotendeels hetzelfde voor de diverse beroepsgroepen. Soms zijn aanvullende vragen gesteld die voor een bepaalde beroepsgroep beter van toepassing zijn of vragen weggelaten.

Deze enquête is uitgezet onder 190 mensen. In tabel A staat weergegeven aan welke groepen de vragen zijn aangeboden en met welk percentage hierop is gereageerd.

De problematiek van 'migraine en werk' lijkt nog niet zo aan te spreken, gezien de respons onder beroepsgroepen. Bedrijfsartsen hebben wel massaal gereageerd, maar deze artsen zijn bevraagd tijdens een bijeenkomst over migraine en werk. Opvallend is de geringe respons bij algemeen neurologen, terwijl neurologen die ook in een hoofdpijncentrum werken een veel hogere respons laten zien.

Algemeen

De hoofdpijnneurologen zien het meest frequent migrainepatiënten. Huisartsen geven verschillende antwoorden over aantallen migrainepatiënten die zij ontmoeten. Zij denken in het algemeen aan onderdiagnostiek. Bedrijfsartsen zien gemiddeld één werknemer met migraine in de maand. Verzekeringsartsen zien een patiënt met migraine als hoofdklacht zeer incidenteel (één keer per jaar); migraine als bijkomende klacht wordt veel frequenter gezien (één keer per week). Psychologen, die niet behoren tot een hoofdpijncentrum, zien één tot drie personen met migraine per jaar.

Migrainepatiënten melden lang niet altijd spontaan dat zij last hebben van migraine op het werk. Artsen vragen hier wel steeds meer naar. Specifieke instrumenten of methoden worden nauwelijks ingezet. De monodisciplinaire richtlijnen van de huisartsen en de neurologen worden 'in het achterhoofd' gehouden. Sommige artsen laten een hoofdpijndagboek of een zelfgemaakte checklist gebruiken. Migraine is lastig te objectiveren. Ver uitvragen wordt door veel respondenten aanbevolen.

Er is een aantal vragen gesteld over problemen op het werk ten gevolge van migraine.

Aard, ernst en frequentie van migraine op het werk.

Onverwachte uitval wordt als groot probleem ervaren. De aanval kan zich direct voorafgaand aan het werk of tijdens het werk voordoen, waardoor patiënten niet tijdig op het werk aanwezig kunnen zijn of het werk voortijdig verlaten. Naast uitval als gevolg van migraine wordt genoemd: verminderde productiviteit, minder energie, trager tempo, concentratieverlies en verhoogde prikkelbaarheid. Deze zaken kunnen tot onbegrip en irritatie van de werkomgeving leiden.

De ernst van een aanval wordt wisselend ingeschat. Van matig, met medicatie goed te couperen, tot zeer ernstig, waarbij de migrainepatiënt niets meer kan dan braken.

Over de frequentie van aanvallen op het werk is weinig duidelijkheid te krijgen. De antwoorden lopen uiteen van twee keer per week tot één keer per jaar.

Opgemerkt wordt dat veel bedrijfsartsen slechts 'een topje van de ijsberg' zien en dat migraine mogelijk vaker op het werk voorkomt dan nu bekend is.

Openheid over problematiek rond migraine op het werk

Migrainepatiënten verschillen in openheid over de problematiek rond migraine. Bij de huisarts en de neuroloog worden de problemen - als ze al gemeld worden - vaak gebagatelliseerd.

Hoofdpijnneurologen en bedrijfsartsen, die mensen met zware migraineklachten ontmoeten, ervaren juist meer openheid over de problematiek.

De andere groeperingen denken dat de ene patiënt wel open is over zijn migraine, terwijl de ander het verzwijgt.

Mening van mensen uit de werkomgeving over problemen rond migraine

P&O mensen achten bekendheid met migraine belangrijk om enig begrip van de mensen uit de werkomgeving te krijgen. Alle beroepsgroepen menen dat uitval door migraine als lastig wordt ervaren. Onbegrip en scepticisme vanuit de werkomgeving worden frequent genoemd. Sommige respondenten merken op dat deze houding vaak veroorzaakt wordt door onwetendheid.

Migraine wordt niet altijd serieus genomen.

Potentieel uitlokkende factoren voor migraine op de werkplek

Het onderscheid tussen fysieke en andere potentieel uitlokkende factoren is niet duidelijk geworden. Hoofdpijnverpleegkundigen en P&O mensen geven veel factoren weer; huisartsen, verzekeringsartsen en bedrijfsartsen noemen bijzonder weinig factoren. Door drie personen wordt opgemerkt dat er geen wetenschappelijk bewijs is voor uitlokkende factoren.

Als potentieel uitlokkende factoren worden genoemd: flirkerend beeldscherm; airco; benauwd klimaat; slechte ventilatie; lawaai; fel of flirkerend licht; geluid; geen mogelijkheid om tussendoor iets te eten; lang aanhouden van statische houding. Daarnaast worden ervaren werkdruk /stress, conflicten en onregelmatige diensten als potentieel uitlokkende factor vermeld.

Gevolgen van migraine bij de uitoefening van werkzaamheden voor cliënt en voor diens werkomgeving

Voor huisarts en psycholoog lijken deze gevolgen minder bekend. De directe inzetbaarheid van migrainepatiënten lijkt door migraine verminderd te worden. De productiviteit vermindert volgens veel respondenten en dat heeft een negatief effect op het loopbaanperspectief, zeker wanneer de ziekte niet of nauwelijks serieus wordt genomen. Bedrijfsartsen en P&O mensen noemen aanpassing van werk en werktijd als mogelijke gevolgen. Het vermijden van wisseldiensten en nachtdiensten wordt enkele keren genoemd. Migrainepatiënten gaan soms bewust in deeltijd werken om de gevolgen van migraine op het werk beter te kunnen opvangen. Dat kan financiële consequenties hebben bij (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid.

Voor collega's wordt meer werkdruk voorzien door - vaak onverwachte - overname van taken. Wanneer deze overname niet gebeurt treedt er vaak productieverlies op.

Frequentie en tijdsduur verzuim door migraine

De meeste respondenten geven aan dit niet precies te weten. Schattingen lopen uiteen tussen één tot enkele dagen per jaar en twee dagen per week.

Een huisarts schat voor zijn migrainepatiënten een verlies van een half tot één dag per maand per persoon. Neurologen en hoofdpijnverpleegkundigen schatten, afhankelijk van de

intensiteit van de aanval, een verzuim van één tot drie dagen per maand per migrainepatiënt. Bedrijfsartsen denken in meerderheid dat het verzuim vier tot twaalf keer per jaar optreedt. Het is niet duidelijk hoeveel dagen per keer verzuimd wordt.

Wordt migraine als reden van verzuim opgegeven?

Ongeveer de helft van de respondenten denkt dat migraine als reden voor verzuim wordt opgegeven. De anderen weten het niet of vermoeden dat andere redenen worden genoemd, zoals een forse verkoudheid of griep.

Hervatting werk

Volgens de meeste respondenten bepaalt de patiënt zelf het tijdstip, waarop hij het werk hervat, vaak na overleg met behandelend arts of bedrijfsarts. Sommige respondenten maken melding van overleg met en enige druk vanuit de werkgever.

Doorwerken met migraine en gevolgen daarvan

Het merendeel van de hoofdpijnneurologen en de hoofdpijnverpleegkundigen melden dat de helft tot driekwart van de migrainepatiënten probeert door te werken, vaak na inname van medicijnen ter coupering van de aanval. De andere beroepsgroepen weten dat niet. Een deel van de bedrijfsartsen schat in dat ongeveer de helft van de migrainepatiënten de helft van hun migraineaanvallen tijdens het werk doormaakt.

Gevolgen van doorwerken, eventueel na inname van medicijnen, zijn: minder fit, minder concentratie, verminderde productiviteit, verhoogde kans op spanning, een groot schuldgevoel, een verhoogd risico bij het werken met gevaarlijk materiaal en minder kans op promotie. Door huisartsen, neurologen en hoofdpijnverpleegkundigen wordt een verhoogde kans op recurrence van migraine gemeld. Ruim de helft van de respondenten, over alle beroepsgroepen verdeeld, is onbekend met eventuele gevolgen voor de patiënt zelf van het doorwerken met migraine. De meeste respondenten kunnen evenmin gevolgen voor collega's en werkgever aangeven wanneer de patiënt doorwerkt. Incidenteel wordt opgemerkt dat collega's voor verminderde productiviteit en prikkelbaarheid weinig begrip zullen opbrengen, tenzij de patiënt hen heeft ingelicht over zijn problemen met migraine.

In de enquête zijn vervolgens een enkele vragen gesteld over de acties van de hulpverlener/zorgprofessional.

Taak bij aanpak problemen migrainepatiënt op het werk

Zowel huisartsen als neurologen vermelden aanpassing van medicatie om symptomen van migraine te verminderen; enerzijds aanvalsbehandeling, anderzijds profylaxe. De neurologen noemen tevens het medicatie-overgebruik. Het bespreken van migraine-uitlokkende factoren wordt door beide groepen aangegeven. De bedrijfsartsen onderzoeken het door migraine veroorzaakte werkprobleem en adviseren zowel werknemer als werkgever over de ontstane situatie. Tien procent van de bedrijfsartsen zegt ook naar oplossingen voor de patiënt te zoeken. Psychologen vinden het tot hun taak behoren om kennis en vaardigheden over het omgaan met migraine aan te leren. Hoofdpijnverpleegkundigen vinden voorlichting over migraine en het bespreekbaar maken van het 'migraineprobleem' tot hun taken behoren. Daar kan ook bespreking van uitlokkende factoren bijhoren.

Acties van betrokkenen zijn gestoeld op de richtlijnen van huisartsen en neurologen en verder wordt er door de diverse beroepsgroepen vooral verwezen naar huisarts en neuroloog of naar de hoofdpijncentra.

Aanpassing van arbeidsomstandigheden wordt alleen door P&O mensen als primaire taak gezien. Vaak willen zij dan eerst een causaal verband met migraine aangetoond zien.

'Kwaliteit van leven'- aspecten lijken vooral besproken te worden in de spreekkamer van huisartsen, neurologen en hoofdpijnverpleegkundigen.

Samenwerking met andere beroepsgroepen rond patiënt met migraine op het werk

De huisartsen werken samen met (hoofdpijn)neurologen en in mindere mate met bedrijfsartsen en therapeuten; soms met een psycholoog. De neurologen melden samen te werken met de huisartsen, bedrijfsartsen en arbeidsdeskundigen, verzekeringsartsen, fysiotherapeuten en hoofdpijnverpleegkundigen. Samenwerking met een psycholoog wordt door veel hoofdpijnneurologen (vanuit de hoofdpijncentra) vermeld; andere neurologen noemen die samenwerking niet. Bedrijfsartsen zoeken samenwerking met alle eerder genoemde beroepsgroepen. De samenwerking tussen huisarts en neuroloog verloopt in het algemeen collegiaal en professioneel. Samenwerking met bedrijfsarts en arbeidsdeskundige kan volgens een huisarts beter, bijvoorbeeld door het gezamenlijk opstellen van een plan voor behandeling en reductie van het arbeidsverzuim. Enkele neurologen signaleren een communicatieprobleem met bedrijfs- en verzekeringsartsen. De arbeidsdeskundige pleit voor betere samenwerking door meer onderlinge afstemming. Ongeveer de helft van de bedrijfsartsen beoordeelt de samenwerking als redelijk tot goed. Toch vinden de meeste bedrijfsartsen de bereikbaarheid van hun collega's minder goed en prefereren zij meer direct contact.

Samenwerking met patiënt met migraine

Deze vraag is door veel respondenten onbeantwoord gelaten. Sommigen vinden het 'niet van toepassing'. Met name 'verbetering van de samenwerking' lijkt niet aan de orde; immers 'patiënt en huisarts vormen samen al een team'. Meer kennis laten verzamelen en meer eigen verantwoordelijkheid laten nemen, alsmede inzage in het elektronisch patiëntendossier worden incidenteel genoemd.

Verschil in aanpak tussen verschillende patiëntengroepen

Ook deze vraag is door veel respondenten niet beantwoord. 'Elke patiënt is uniek'. Een allochtone patiënt vraagt in het algemeen meer tijd, zeker wanneer een tolk ingeschakeld moet worden. Allochtone patiënten lijken minder behoefte te hebben aan een gesprek; zij vragen om medicatie. Huisartsen en hoofdpijnneurologen melden dat zij bij de keuze van medicijnen rekening houden met multimorbiditeit.

Zeker voelen in de zorg?

Het merendeel van de respondenten voelt zich redelijk zeker tot zeker in de zorg voor werkenden met migraine. Ongeveer een kwart, verspreid over alle beroepsgroepen, voelt zich minder zeker.

Tenslotte is naar verwachtingen betreffende de richtlijn gevraagd.

Verwachtingen?

Deze lopen zeer uiteen. Van weinig verwachting tot hooggespannen. Dit is bij alle beroepsgroepen terug te zien. Alleen bedrijfsartsen zijn positiever gestemd en verwachten in meerderheid de werkende met migraine beter te kunnen begeleiden.

Voor wie?

De respondenten zijn het evenmin eens voor wie de richtlijn geschreven zou moeten worden. Alle beroepsgroepen worden wel genoemd, maar niet in gelijke mate. Vrijwel alle respondenten vinden het wenselijk dat er een richtlijn komt, die door bedrijfsartsen kan worden gebruikt. Personen met migraine worden ook door vrijwel alle beroepsgroepen gemeld als doelgroep.

Wat moet er in elk geval in de richtlijn staan?

Het bespreekbaar maken van migraine op het werk wordt door vrijwel alle beroepsgroepen aangegeven. Er wordt begrip voor de ziekte gevraagd, met nadruk op mogelijkheden om migraine zo goed mogelijk te (leren) beheersen, ook in de werksituatie. De meeste respondenten zijn geïnteresseerd in triggers op het werk voor migraine. Ook eventuele gevolgen van migraine voor de werksituatie lijken interessant. Naast aandacht voor medicatie is aandacht voor preventie belangrijk. Tenslotte wordt gepleit voor een goede communicatie tussen behandelaars en mét de persoon met migraine.

Bijlage 1b. Enquêtes arbeidsgelateerde problematiek migraine

Op basis van de antwoorden uit de oriënterende gesprekken met bedrijfsartsen en personen met migraine zijn enquêtes opgesteld. Aangezien deze enquêtes aan verschillende beroepsgroepen zijn verstuurd, zijn er vragen, waar nodig, toegevoegd of achterwege gelaten. Onderstaand zijn de enquêtes voor P&O mensen en voor bedrijfsartsen/huisartsen weergegeven.

Enquête voor P&O mensen

De gegevens uit deze enquête worden anoniem verwerkt.

Wanneer u prijs stelt op de resultaten van de enquête, geef dan hier uw e-mailadres:

Als wij nogmaals een beroep op u mogen doen in het kader van deze richtlijn, vermeld dan hier uw naam: .

Algemeen:

1.	Kent u in uw eigen omgeving mensen met migraine?
2.	Kent u binnen uw bedrijf mensen met migraine?
3.	Praat u met deze mensen over hun migraine?
4.	Vraagt u zelf gericht naar problemen op het werk bij deze mensen?

Problemen op het werk, die volgens u veroorzaakt worden ten gevolge van migraine:

5.	Wat is de aard van deze problemen op het werk?
6.	Wat is de ernst van deze problemen?
7.	Wat is de frequentie van deze problemen?
8.	Hoe kijkt de cliënt tegen deze problemen aan? Is hij open over zijn migraine of verzwijgt hij het liever?
9.	Hoe kijken collega's en werkgever tegen bovengenoemde problemen aan?

10.	Zijn er fysieke uitlokkende factoren voor migraine te benoemen op de werkplek? (bv licht, geluid enz).
11.	Zijn er andere uitlokkende factoren voor migraine te benoemen op de werkplek?
12.	Heeft migraine gevolgen voor de medewerker zelf bij de uitoefening van zijn werkzaamheden? (bv carrièremogelijkheden, productiviteit, taakaanpassing, werktijdverkorting)
13.	Heeft het feit dat de medewerker migraine heeft gevolgen voor de collega's en voor werkgever? Zoja, welke?
14.	Hoe frequent verzuimt medewerker vanwege zijn migraine? En gedurende hoeveel dagen?
15.	Geeft hij bij verzuim migraine als reden op?
16.	Wie bepaalt, naar uw inzicht, het meest het moment van hervatten van het werk?
17.	Hoe frequent werkt medewerker door met migraine, eventueel na inneming van medicijnen?
18.	Heeft dit gevolgen voor de medewerker zelf?
19.	Heeft dit gevolgen voor de collega's en voor de werkgever?

Acties hulpverlener:

20.	Is er beleid rond mensen met migraine en zo ja, welk beleid?
21.	Welke concrete acties onderneemt u? (bv verwijzing naar bedrijfsarts, zorgen dat mensen zich kunnen terug trekken in een rustige ruimte, zorgen dat mensen veilig thuis komen, zorgen dat taken worden overgenomen en dergelijke)
22.	Worden arbeidsomstandigheden aangepast om migraine aanvallen zoveel mogelijk te voorkómen? (bv. Aanpassing van hoeveelheid licht, aanpassing van geluid, aanpassing van werkduur per dag enz)
23.	Zijn er voor de medewerker met migraine consequenties wat betreft arbeidsinhoud? (bv. Taken, opleiding, carrière)
24.	Hoe zeker voelt u zich in de zorg voor “mensen met migraine op het werk”?

Verwachtingen rond richtlijn:

25.	Hoe zijn uw verwachtingen rond een Richtlijn “Migraine en Werk”.
26.	Voor wie zou deze richtlijn, naar uw idee, geschreven moeten worden?
27.	Wat vindt u, dat er in elk geval in deze richtlijn moet staan?
28.	Heeft u nog nuttige tips voor de richtlijn?

Tenslotte:

Alles wat u zelf in dit kader verder van belang vindt om de positie van zowel de werknemer met last van migraine, als diens werkgever, als van de behandelaars te vergemakkelijken of te verbeteren, en hierboven niet is gevraagd, horen wij graag! Gebruik hiervoor onderstaande ruimte.

Enquête voor bedrijfsartsen/huisartsen

De formulering van de a-vragen is aan de huisartsen gesteld.

De gegevens uit deze enquête worden anoniem verwerkt.

Wanneer u prijs stelt op de resultaten van de enquête, geef dan hier uw e-mailadres:

Algemeen:

1.	1.Hoe vaak ziet u in uw praktijk mensen met migraine?
2.	Geven deze mensen 'spontaan' aan dat ze ook last hebben van migraine op hun werk?
2a.	Heeft u de indruk dat u álle migrainepatiënten, die tot uw praktijk behoren, ook als zodanig ziet of is er sprake van onderdiagnostiek? Zo ja welk percentage ziet u, naar uw idee?
3.	Vraagt u zelf gericht naar problemen op het werk bij deze cliënten?
4.	Maakt u bij de beoordeling van de gevolgen van het lijden aan migraine gebruik van specifieke instrumenten/methoden en zo ja welke ?
4a.	In hoeverre kunt u voor uw diagnostiek en behandelwijze van cliënten met migraine gebruik maken van de NHG standaard Hoofdpijn?

Problemen op het werk ten gevolge van migraine:

5.	Wat is de aard van deze problemen op het werk?
6.	Wat is de ernst van deze problemen?
7.	Wat is de frequentie van problemen?
8.	Hoe kijkt de cliënt tegen deze problemen aan? Is hij open over zijn migraine of verzwijgt hij het liever?
9.	Hoe kijken collega's en werkgever tegen bovengenoemde problemen aan?

10.	Zijn er fysieke uitlokkende factoren voor migraine te benoemen op de werkplek? (bijvoorbeeld licht, geluid enz.)
11.	Zijn er andere uitlokkende factoren voor migraine te benoemen op de werkplek?
12.	Heeft migraine gevolgen voor de cliënt zelf bij de uitoefening van zijn werkzaamheden? (bv carrièremogelijkheden, productiviteit, taakaanpassing, werktijdverkortening)
13.	Heeft het feit dat cliënt migraine heeft gevolgen voor de collega's en voor werkgever? Zo ja, welke?
14.	Hoe frequent verzuimt hij vanwege zijn migraine? En gedurende hoeveel dagen?
15.	Geeft hij bij verzuim migraine als reden op?
16.	Wie bepaalt, naar uw inzicht, het meest het moment van hervatten van het werk?
17.	Hoe frequent werkt deze cliënt door met migraine, eventueel, na inneming van medicijnen?
18.	Heeft dit gevolgen voor de cliënt zelf?
19.	Heeft dit gevolgen voor de collega's en voor de werkgever?

Acties hulpverlener:

20.	Wat is uw taak bij de aanpak van de problemen van deze cliënt?
21.	Welke concrete acties worden hierbij ondernomen? (bijvoorbeeld verwijzing naar wie ? gesprekken voeren?)

21a.	Hoe is, in het algemeen, uw behandelplan voor mensen, die migraine hebben tijdens hun werk? (Welke medicijnen, welke aanvullende diagnostiek, welke verwijzingen, anderszins?)
22.	Met wie werkt u daarbij samen? (huisarts, neuroloog, verzekeringsarts, psycholoog, arbeidsdeskundige, verzuimconsulent e.a.)
23.	Hoe verloopt deze samenwerking: zijn er positieve zaken te benoemen en/of knelpunten?
24.	Op welke wijze zou de samenwerking met collega's kunnen worden verbeterd?
25.	Op welke wijze zou de samenwerking met cliënt kunnen worden verbeterd?
25a.	Is er voor u een verschil in aanpak (wat betreft de migraine behandeling) ten opzichte van: Een assertieve versus een minder assertieve cliënt? Een allochtone versus een autochtone cliënt? Mensen met en zonder multimorbiditeit?
26.	Hoe zeker voelt u zich in de zorg voor "mensen met migraine op het werk"?

Verwachtingen rond richtlijn:

27.	Hoe zijn uw verwachtingen rond een Richtlijn 'Migraine en Werk'.
28.	Voor wie zou deze richtlijn, naar uw idee, geschreven moeten worden?
29.	Wat vindt u, dat er in elk geval in deze richtlijn moet staan?
30.	Heeft u nog nuttige tips voor de richtlijn?

Tenslotte:

Alles wat u zelf in dit kader verder van belang vindt om de positie van zowel de werknemer met

last van migraine, als diens werkgever, als van de behandelaars te vergemakkelijken of te verbeteren, en hierboven niet is gevraagd, horen wij graag!

Tabel A

Aantal verzonden en terugontvangen enquêtes:

verstuurd / uitgedeeld aan	aantal verstuurde / uitgedeelde enquêtes	aantal enquêtes retour	%
bedrijfsartsen	41	40	98
huisartsen	28	9	32
neurologen algemeen	21	3	14
neurologen hoofdpijncentra	24	14	58
psychologen	21	3	14
hoofdpijnverpleegkundigen	8	3	38
verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen	17	5	29
P&O mensen	30	11	37
Totaal	190	88	46

Bijlage 2. Uitgangsvragen

1. In welke frequentie en met welke intensiteit komt migraine voor op de werkplek?
2. Welke omgevingskenmerken kunnen van invloed zijn bij het ontstaan van een migraineaanval op het werk? En hoe zijn deze omgevingskenmerken aan te passen zodat er minder migraine ontstaat?
3. Welke persoonlijke kenmerken van de werkende met migraine kunnen een rol spelen bij (het ontstaan van en het omgaan met) migraine op het werk?
4. Hoe effectief zijn preventieve maatregelen en verschillende typen behandelingen voor de persoon met migraine in zijn werksituatie?
5. Op welke wijze kunnen zorgprofessionals in het zorgproces hun onderlinge samenwerking en de samenwerking met de persoon met migraine optimaliseren?
6. Welke juridische implicaties zijn er verbonden aan het geven van medische informatie over een persoon met migraine aan diens werkomgeving?

Bijlage 3. Gradering van bewijs

Tabellen betreffende gradering van bewijs

Tabel I. Indeling van methodologische kwaliteit van individuele studies

	Interventie	Diagnostisch accuratesse onderzoek	Schade of bijwerkingen, etiologie, prognose*
A1	Systematische review van tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau		
A2	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	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 cohortonderzoek of patiënt-controle onderzoek
C	Niet-vergelijkend onderzoek		
D	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 II. Indeling van methodologische kwaliteit van kwalitatieve studies

Studie	
++	Geloofwaardige meta-synthese (synoniemen: meta-etnografie, kwalitatieve meta-analyse, meta-studie) van kwalitatieve studies
+	Geloofwaardige studie
+/-	Studie waarvan de geloofwaardigheid twijfelachtig is
-	Weinig geloofwaardige studie

Tabel III. Niveau van conclusie

Conclusie gebaseerd op	
1	Onderzoek van niveau A1 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2; aangeduid als 'het is aangetoond dat ...'
2	1 onderzoek van niveau A2 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B; aangeduid als 'het is aannemelijk dat ...'
3	1 onderzoek van niveau B of C; aangeduid als 'er zijn aanwijzingen dat ...'
4	Mening van deskundigen; aangeduid als 'er is consensus onder deskundigen datof de werkgroep is van mening dat....'

Bijlage 4. Evidentietabellen

Tabel I behorende bij hoofdstuk 1. Frequentie en intensiteit van migraine op de werkplek.

Artikel	Jaar	Land	Niveau bewijs	Omvang Totaal Migraine	Methode	M:V	Leeftijd	Type preva- lentie	Percentage van onderzochte populatie met migraine			Verloren dagen arbeidstijd vanwege migraine, omgerekend per persoon per jaar		
									V %	M %	Tot %	LWD	LWDE	LPT
Gerth	2001	EU	C	M 1487	MBQ	19:81	18-65					8,2	11,2	19,4
Graaf, de	2011	NL	D	T 4715 M 191	Zelf- rapport	56:44	18-64	1 jaar			3,8	5	0,6	5,6
Korff	1998	US	B	T 5071 M 122	IHS	50:50	werkend	1 jaar			<16	2,8	5,8	8,6
Linde	2012	NL	C	M 2414	ICHD-II	50:50	18-65				19,6	2,6	5,5	8,2
Mäki	2008	FI	C	T 27127 M 6450	Zelf- rapport	0:100	werkend	3 jaar	23,8			5,4		
Pop	2002	NL	C	T 1082 M 115	IHS	90:10	werkend	lifetime	35	13	15			
Schwartz	1997	US	C	H 7970 M 1761	IHS		18-65				13,2	3,2	4,9	8,1
Stang	2001	US	C		review		werkend					3	6,9	9,9
Stewart	2008	US	C	M 6000	IHS	22:78	werkend					<2,5	<8,3	< 10,8
Stewart	2010	US	C	M 11624	IHS	20:80	>18					2,7	8,2	10,9

Tabel II behorende bij hoofdstuk1. Frequentie en intensiteit van migraine op de werkplek.

Artikel	Jaar	Land	Niveau bewijs	Omvang Totaal Migraine	Methode	M:V	Leeftijd	Type prevalentie	Percentage van onderzochte populatie met migraine			Verloren dagen arbeidstijd vanwege migraine, omgerekend per persoon per jaar		
									V %	M %	Tot %	LWD	LWDE	LPT
Dahlöf	2001	SE	C	T 1668 M 212	IHS	10:18	18-74	1-jr	16,7	9,5	13,2			
Launer	1999	NL	C	T 6491	Vragen- lijst		20-65	1-jr lifetime	25 33	7,5 13,3	16,3 23,2			
Leonardi	2005	div	C		DALY				12- 15	4-6				
Peñas	2010	ES	C	T 29478 M 3433	Vragen- lijst		> 15	1-jr	15,9	5,9	11			
Steiner	2003	UK	C	T 4007 M 574	Zelfrap- portage	37:63	16-65	1-jr	18,3	7,6	14,3	5,7		
Stovner	2006	Eu	B		Review			1-jr lifetime	16,6 25,6	7,5 13,0	13,7 18,7			
Stovner	2007	Eu	B		Syst Review			1-jr	18	7	15			
		global						lifetime	24	12	17			
								1-jr	14	6	11			
								lifetime	22	10	15			

Afkortingen in de titel:

V vrouwen

M mannen

Tot totaal

LWD lost working days (absenteïsme)

LWDE lost working days equivalents (presenteïsme)

LPT lost productivity time (=LWD + LWDE)

Lnd ISO-code, Eu = landen in Europa, div = landen over de hele wereld

Berekeningen:

In sommige artikelen zijn LWD en LWDE per week of per 4 weken opgegeven. Deze zijn omgerekend naar 1 jaar door te vermenigvuldigen met 52 of met 13. Voor de LWDE is het aantal dagen/uren doorgewerkt met migraine vermenigvuldigd met het percentage gereduceerde effectiviteit ten opzichte van de normale effectiviteit.

IHS international headache society criteria voor migraine

MBQ migraine basic questionnaire

DALY disability adjusted life years

ICHD-II international classification of headache disorders, versie 2

Tabel behorende bij hoofdstuk 2.
Omgevingskenmerken en de relatie met migraine op het werk.

1 ^e auteur	Jaar	Niveau bewijs	Studietype	Populatie	Negatieve omgevingskenmerken	Positieve omgevingskenmerken	Opmerkingen
				Mensen met migraine			
Friedman	2009	B	Review	Diverse groepen met verschillende aantallen	Buitenklimaat Binnenklimaat Geluid Flikkerlicht Fel licht Luchtkwaliteit		Triggers wereldwijd benoemd. Geen overtuigend bewijs voor gehele populatie migrainepatiënten, mogelijk wel voor subpopulaties
Kelman	2007	C	Retrospectieve analyse	N = 1750 waarvan 716 met episodische migraine	Het weer Parfum/reukwaren Licht Alcohol Rook Warmte Bepaalde voeding Nekpijn Niet op tijd eten		76% van de migrainepatiënten benoemt triggers, waarvan ongeveer de helft frequent
Leonardi	2010	C	Interview ICF	N = 102	Licht Geluid Klimaat Voeding	Familie Hulpverleners Communicatie-technologie	
Molarius	2008	C	Enquête Retrospectieve analyse	N = 1782 72% vrouw	Arbeidsverhoudingen, zoals gebrek aan sociale ondersteuning, onbegrip		
Raggi	2010	C	Interview ICF	N = 102	Licht Geluid Klimaat Voeding Communicatiemethoden		
Spierings	2001	C	Telefonisch interview	N = 38	Specifieke voeding Alcohol Reuk Rook Licht Geluid Niet op tijd eten Het weer		
Wöber	2007	C	Prospectieve analyse (3 maanden) dagboek	N = 327 87% vrouw	Geluid Reuk Fel licht Verstoorde luchtkwaliteit Alcohol Bepaalde voeding Het weer		73% van de migrainepatiënten werkt 26% gebruikt triptan 7% gebruikt profylaxe

Tabel behorende bij hoofdstuk 3.
Persoonlijke kenmerken en de relatie met migraine op het werk.

1 ^e auteur	Jaar	Niveau bewijs	Studietype	Populatie	Persoonlijke kenmerken resultaten	Opmerkingen
				Mensen met migraine		
Buse	2011	D	PSS Elektronisch dagboek	N = 17	Afname ervaren stress en toegenomen ontspanning kan tot migraine leiden	
Ferrari	2003	D	Oratie		Migraine doet zich in het algemeen niet tijdens maar na een spanningsvolle periode voor	
Kelman	2007	C	Retrospectieve analyse Interview	N = 1750 waarvan 716 met episodische migraine	Triggers voor migraine: Stress Vrouwelijke hormonen (menstruatie) Niet eten Slaapstoornissen Nekpijn	24% migrainepatiënten ervaart geen triggers
Schoonman	2007	C	Prospectieve Studie	N = 17	Ofschoon stressgevoelige patiënten meer stress ervaren in de tijd voorafgaand aan een migraineaanval, kon een biologische stressrespons niet aangetoond worden.	
Wöber	2006	C	Interview	N = 120 Waarvan 66 migraine volgens ICHD-II criteria	Psychische spanning Menstruatie Ontspanning na stress Orale anticonceptie Honger Niet op tijd eten Slaapstoornissen Vermoeidheid	
Wöber	2007	C	Prospectieve analyse (3 maanden) dagboek	N = 327 87% vrouw	Triggers voor migraine: Menstruatie Vermoeidheid Psychische spanning Ontspanning ná stress Nekpijn	

Tabel behorende bij hoofdstuk 4.
Preventiemaatregelen en medicamenteuze behandelingen.

1 ^e auteur	Jaar	Niveau bewijs	Studietype	Populatie	Interventie	Resultaten	Opmerkingen
Cady	2009	C	RCT	N 188	Training door zorgprofessional	Training in herkenning migrainesymptomen en daarop toegesneden vroegtijdig gebruik van triptanen vergroot effectiviteit triptan en tevens tevredenheid van de gebruiker	Studie betreft rizatriptan, maar door werkgroep vergelijkbaar effect verwacht met andere triptanen
Martin	2007	B	Interventie + wachtlijst	N 115 waarvan 64 in interventie M 30 TTH 21	Helft krijgt cognitieve gedragstherapie; andere helft biofeedback; beide gedurende 1 jaar	CBT geeft reductie van 68% hoofdpijn; biofeedback een reductie van 56%; controlegroep een afname van 20%	Kleine onderzoeksgroep Werving per advertentie
Merelle	2008	C	Cohort	N 129 Interventie-groep (n 61) en wachtlijstgroep, die later interventie kreeg	Training door getrainde lekentrainers	De training 'omgaan met migraine' heeft nauwelijks effect op aanvalsfrequentie en de functionele beperking wordt niet verminderd. Wel is er een toename in het zelfvertrouwen en de QoL wordt vergroot	Studie heeft veel biasmogelijkheden
Page	2009	A2	Prospectief cohort	Werknemers N 1150	Voorlichting en educatie via mail binnen bedrijf	Absenteïsme neemt sterk af, vooral bij meest geïnvaleerde groep met MIDAS score III en IV	Beperking bij generaliseerbaarheid Veel hoogopgeleiden Uitval 73%
Rains	2005	B	Overview	Divers	Ontspannings-training Biofeedback Cognitieve gedragstherapie Stress-management	Gemiddeld 35-55% reductie van migraine	Migraine wordt als psychofysiologische ziekte beschouwd. Niet toegespitst op werksituatie
Rothrock	2006	C	Clinical trial	Opeenvolgende patiënten in hoofdpijn-kliniek N 100	Training door intensief opgeleide trainers. Intensief programma versus standaard programma	Intensief programma geeft minder uitval, minder zorggebruik. MIDAS score daalt van 21 naar 14	Beperking door selectie van hoofdpijnkliekpatiënten

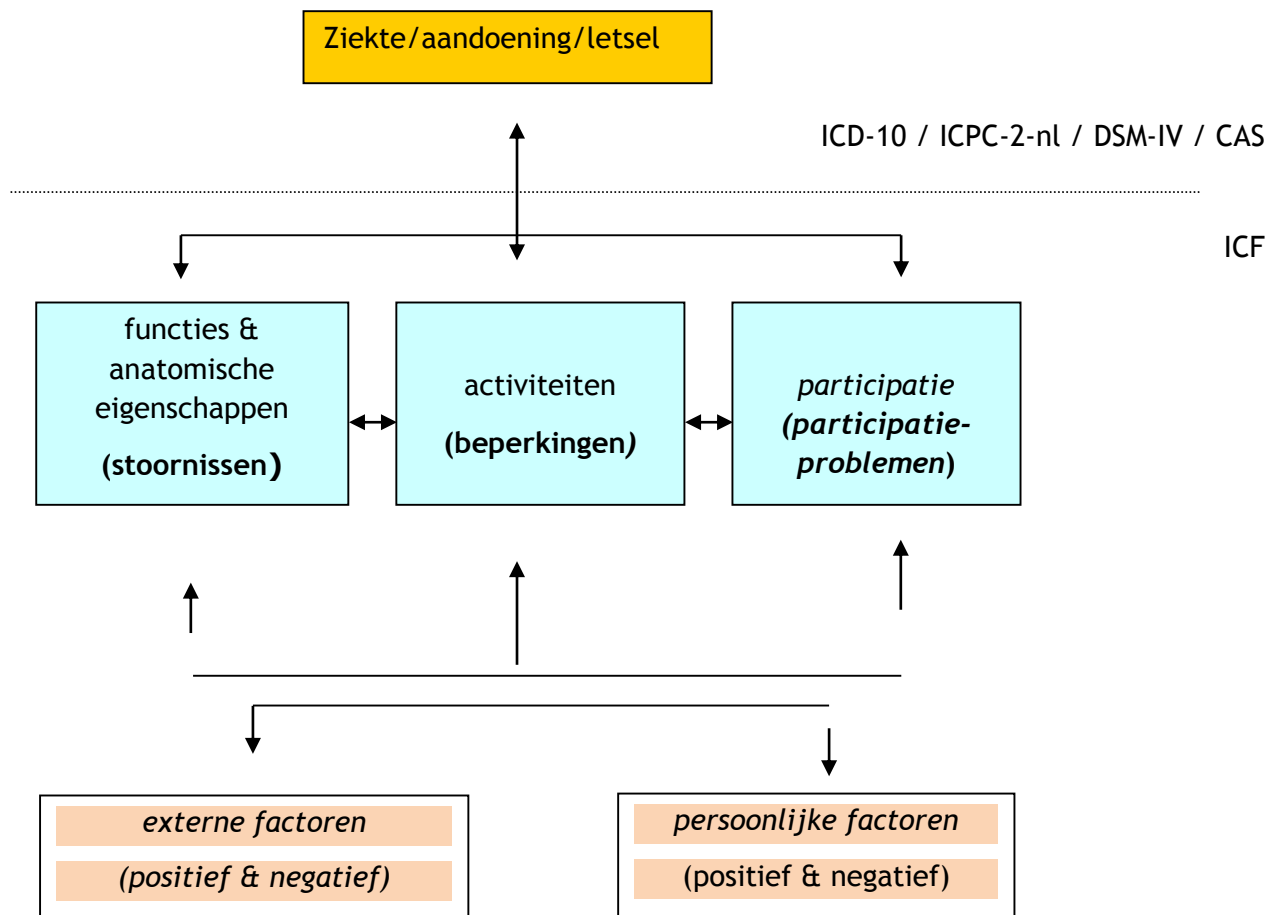
Tabel behorende bij hoofdstuk 5.
Het optimaliseren van samenwerking rond en met de persoon met migraine.

1 ^e auteur	Jaar	Niveau bewijs	Studietype	Populatie	Resultaten	Opmerkingen
Charles	1997	C	Beschrijvend		Wat is shared decision making en hoe kan het worden toegepast in de spreekkamer	
Dulmen , van	2011	C	Reflective practice 2 visit-tapes per huisarts; 20 huisartsen	20 huisartsen	Therapietrouw bevorderen is maatwerk met aandacht voor de behoeften van de patiënt; dit wordt nog onvoldoende gedaan.	
Edwards	2001	C	Beschrijvend	6 focusgroepen van maximaal 10 patiënten totaal n 47	Beschrijft belang van shared decision making voor patiënten	
Patwardhan	2007	B	Review	Divers Arts hoofdpijnpatiënt	Betere communicatie tussen professional en hoofdpijnpatiënt geeft verhoging zelfmanagement en toename kennis patiënt.	
Sciamanna	2006	C	Beschrijvend	Personen met migraine	Digitaal contact voorafgaand en volgend op bezoek aan arts leidt tot meer kennis hoe om te gaan met migraine en tot hogere tevredenheid	
Stewart	1995	B	Review	Divers	Betere communicatie leidt tot meer begrip aandoening, beheersing symptomen en vermindering van angst	
Weijden, van der	2007	C	Beschrijvend Stand van zaken		Patiëntparticipatie bij medische beslissingen; shared decision making	

Bijlage 5. ICF

De International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) is in 2001 door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) gepubliceerd. De ICF is de opvolger van de ICIDH, de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. In 2002 is de Nederlandse vertaling van de ICF gepubliceerd, met een 2^e druk in 2007 (RIVM, 2007). Met de ICF is het mogelijk om het functioneren van mensen te beschrijven. Het biedt de mogelijkheid en de terminologie om naast het medische verhaal van de patiënt (waarvoor medische classificaties beschikbaar zijn, zoals de CAS Codes voor bedrijfsartsen [N606 migraine]) ook te beschrijven wat een ziekte of aandoening betekent voor het dagelijks leven van mensen (ook wel aangeduid als biopsychosociale invalshoek) (Gezondheidsraad, 2005). Doordat de ICF door verschillende professies en wereldwijd wordt gebruikt, kan men haar met recht een internationale, multiprofessionele classificatie noemen.

Centraal in de ICF staat het onderstaande schema.



De drie blauwe hokjes maken het mogelijk het functioneren van personen te beschrijven vanuit drie perspectieven:

- 1 het functioneren van een persoon als organisme, als 'lichaam'; kernbegrippen bij dit perspectief zijn 'functies' (fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme) en 'anatomische eigenschappen' (positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van onderdelen van het menselijk lichaam). Als er problemen zijn met functies of anatomische eigenschappen spreekt men over 'stoornissen';
- 2 het functioneren van een individu op basis van zijn of haar handelen; hierbij gaat het om welke activiteiten iemand zelf kan uitvoeren/uitvoert. Dit perspectief heeft als kernbegrip 'activiteiten' (onderdelen van iemands handelen) en, als negatieve term, 'beperkingen' (moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten);
- 3 het functioneren van een persoon in het kader van zijn/haar deelname aan de samenleving; bij participatie gaat het erom of iemand, in zijn/haar eigen omgeving, meedoet, dat wil zeggen deelneemt aan het maatschappelijk leven op alle voor hem/haar relevante levensterreinen. Aan de basis daarvan ligt onder meer het geaccepteerd zijn, het gebruik kunnen en mogen maken van voorzieningen en het daar ook daadwerkelijk gebruik van maken. Dit raakt de 'human rights', de rechten die ieder mens heeft. Dit perspectief heeft als kernbegrippen 'participatie' (iemands deelname aan het maatschappelijk leven) en 'participatieproblemen' (problemen die iemand heeft met het deelnemen aan het maatschappelijk leven).

Naast de drie blokjes die het functioneren van mensen representeren, zijn in het ICF-schema drie blokjes opgenomen waarin factoren staan die van invloed zijn op het functioneren. Dat zijn de bij een persoon aanwezige

- ziekte(n), aandoening(en) en letsel(s)
- externe factoren (zoals het klimaat, de woonomgeving, het werk en het beschikbare financiële budget)
- persoonlijke factoren (zoals leeftijd, geslacht, leefstijl, opleiding).

De externe en persoonlijke factoren kunnen zowel een positieve (stimulerende) als een negatieve (belemmerende) invloed hebben op iemands functioneren en op het herstel van functioneringsproblemen. Om die reden worden dergelijke factoren ook wel aangeduid als *gezondheidsdeterminanten* of, in negatieve zin, als *risicofactoren*, factoren die de kans op het ontstaan van functioneringsproblemen vergroten dan wel herstel belemmeren.

Naast het schema bevat de ICF een aantal classificaties voor de blokjes uit het schema:

- een classificatie functies
- een classificatie anatomische eigenschappen
- een classificatie activiteiten & participatie
- een classificatie externe factoren.

Er is nog geen classificatie beschikbaar voor persoonlijke factoren. Internationaal wordt daar aan gewerkt, maar consensus is nog niet bereikt.

De medische factoren kunnen beschreven worden met de eerder genoemde medische classificaties.

Werkgerelateerde externe factoren

In de ICF is er wel een lijst externe factoren, maar *werkgerelateerde* externe factoren ontbreken grotendeels. Om die reden is voorgesteld (Heerkens, 2006) om de externe werkgerelateerde factoren verder in te delen in:

Werkgerelateerde externe factoren

- 4 A's
 - * arbeidsinhoud
 - X werkdruk
 - X regelmogelijkheden
 - X herstelmogelijkheden
 - * arbeidsvoorwaarden
 - X scholingsmogelijkheden
 - X mobiliteit (variatie locatie / tijden)
 - * arbeidsomstandigheden
 - incl. gezonde werkplek
 - * arbeidsverhoudingen
 - incl. leiderschap, samenwerking, wijze van communiceren
- Eigenschappen bedrijf
 - * soort / omvang bedrijf
 - * organisatieveranderingen
- Macro-determinanten
 - incl. wetgeving, zorgverzekering, verminderde financiën

Waarom de ICF gebruiken?

Voor de bedrijfs- en/of verzekeringsarts, kan de ICF relevant zijn voor:

- Het vastleggen van de klachten van de patiënt/cliënt
- Het vastleggen van de eigen bevindingen tijdens het onderzoek
- Het vastleggen van de 'bedrijfsgeneeskundige of verzekeringsgeneeskundige diagnose'; ervan uitgaand dat dit meer is dan 'alleen' het medische verhaal van de cliënt
- Het vastleggen van de functionele mogelijkheden
- Waar relevant: het vastleggen van de behandeldoelen
- Waar relevant: het vastleggen van de behandelresultaten.

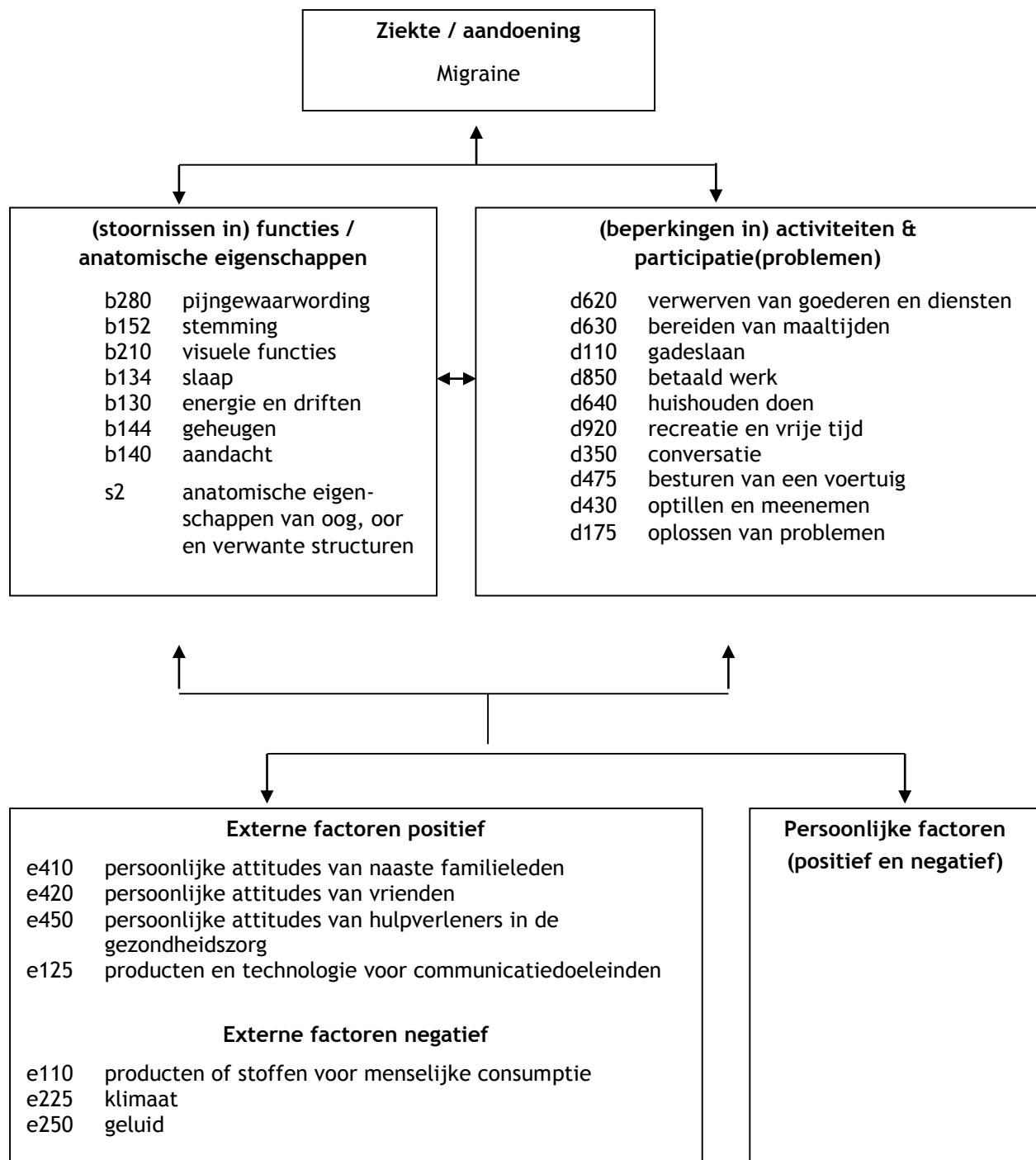
Het gebruik van de ICF kan leiden tot betere samenwerking omdat verschillende professionals op dezelfde wijze naar een cliënt gaan kijken en elkaars taal beter gaan verstaan.

.

Toepassing ICF

Als voorbeeld staat hieronder het ICF-schema met daarin de items die zijn genoemd in het artikel over functionele profielen van mensen met migraine (Raggi, 2010).

In het schema staat links weergegeven welke functies tijdens een migraineaanval 'anders' aanwezig zijn dan normaal {(stoornissen in) functies / anatomische eigenschappen}. Rechts in het schema staat weergegeven welke activiteiten minder gemakkelijk of niet kunnen worden uitgevoerd tijdens een migraineaanval.



LITERATUURREFERENTIES

Gezondheidsraad. Beoordelen, behandelen en begeleiden: Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Den Haag: Gezondheidsraad, 2005.

Heerkens YF, Engels JA, Gulden JWJ van der. Een pleidooi voor het gebruik van de ICF in de arbozorg. Eenheid van taal bevordert arbocuratieve samenwerking. TSG 2006;84(6):337-42.

Raggi A, Leonardi M, Ajovalasit D, D'Amico D, Bussone G. Disability and functional profiles of patients met migraine measured with ICF classification. International Journal of Rehabilitation Research 2010;33(3):225-31.

RIVM. Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2002; 2007.

WHO. ICF. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organization, 2001.

Bijlage 6. Codering ICF

Tabel 1 Omgevingskenmerken

negatieve omgevingskenmerken	
e240	licht
e250	geluid
e225	klimaat
e110	producten of stoffen voor menselijke consumptie
Positieve omgevingskenmerken	
e310	naaste familie (ondersteuning door)
e410	persoonlijke attitudes van naaste familieleden
e580	voorzieningen, systemen en beleid met betrekking tot gezondheidszorg
e450	persoonlijke attitudes van hulpverleners in de gezondheidszorg
e125	producten en technologie voor communicatiedoeleinden

Tabel 2 Omgevingskenmerken

Buitenomgeving		
e225	(klimaat)	weer en weersveranderingen, zoals:
e2250	(temperatuur)	heet klimaat
e2251	(vochtigheid)	hoge luchtvochtigheid
e2252	(luchtdruk)	lage barometerstand
e2253	(neerslag)	regen
---		onweer
e240	(licht)	licht, zoals:
---		fel (zon)licht
e2401	(lichtkwaliteit)	flikkerend licht
e250	(geluid)	diverse vormen van geluid

vervolg tabel 2

Binnenomgeving	
---	binnenklimaat, zoals:
---	drukkende warmte
e240 (licht)	licht, zoals:
---	felle lampen
---	fluorescerende lichten
---	glanzende voorwerpen
---	trillende en flikkerende lichten, bijvoorbeeld een computerscherm
---	drukke visuele omgeving
e2600 (luchtkwaliteit binnenshuis)	luchtkwaliteit, zoals:
---	reuk van luchtjes (parfum, verf, chemicaliën)
---	sigarettenrook
---	airco (schimmels)
e250 (geluid)	diverse vormen van geluid

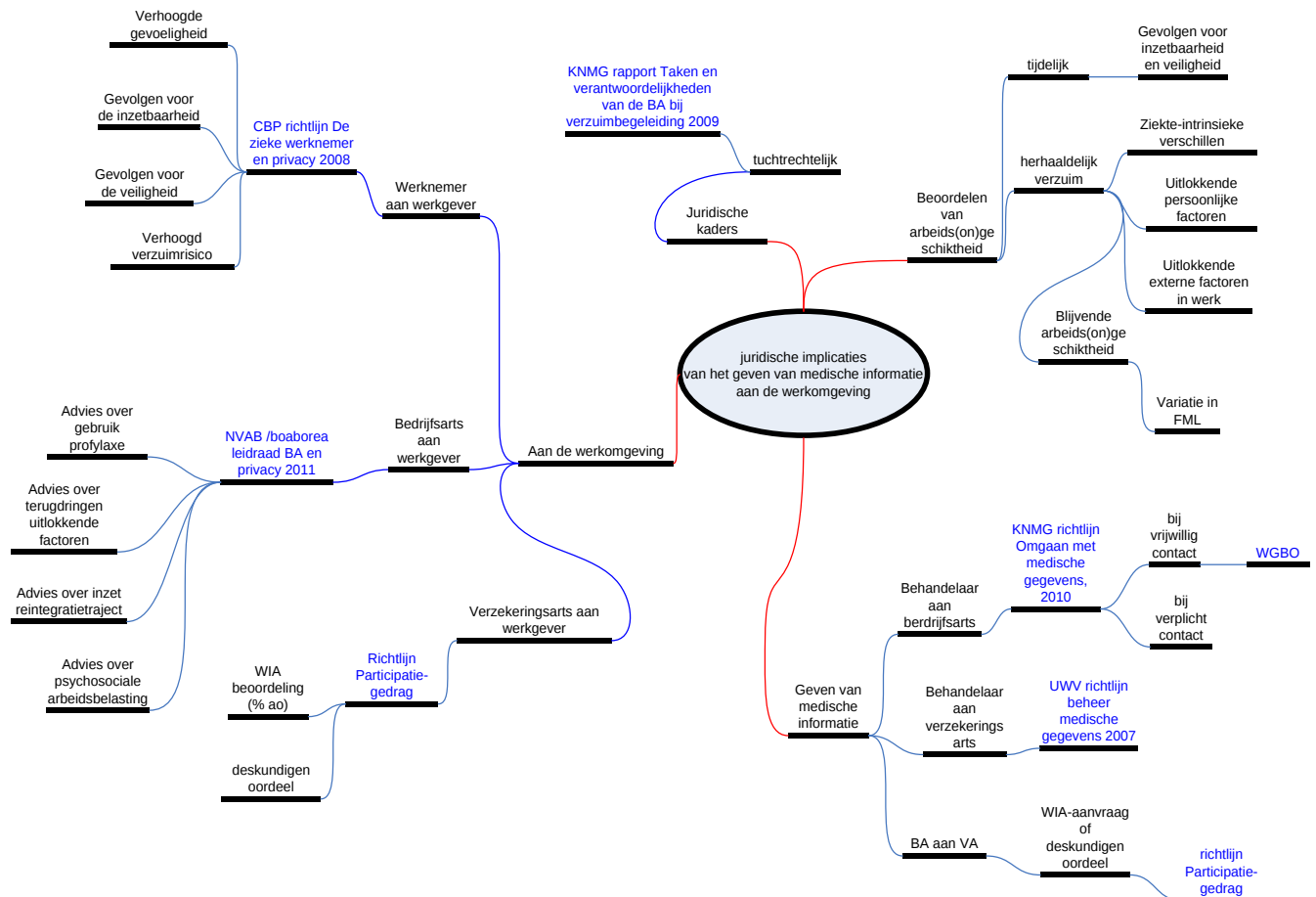
Tabel 3 Potentiële triggers afkomstig uit voedingsmiddelen (e1100)

Frequent genoemd door mensen met migraine
Alcohol, met name rode wijn
Natriumglutamaat (vetsin); smaakversterker
Nitraat / nitriet; conserveringsmiddel
Tyramine; in o.a. kaas, wijn, gerookte vis, gistextract
Caffeïne-onttrekking
Minder frequent genoemd door mensen met migraine
Chocolade
Zuivelproducten, waaronder kaas
Soja
Groenten

Tabel 4 Factoren die het risico op een migraine-aanval verhogen (Molarius, 2008)

Externe factoren	
e3 ondersteuning en relaties	geringe sociale ondersteuning; gekleineerd worden
Socio-economische factoren als	
e1650 financiële activa	economische problemen

Bijlage 7. Schema juridische implicaties van het geven van medische informatie aan de werkomgeving



Bijlage 8. Selectie van teksten uit de bronnen van Hoofdstuk 6, Juridische aspecten rond arbeidsverzuim door migraine

Selectie uit 1. De zieke werknemer en privacy (CBP, 2008)

- De sollicitant informeert de werkgever over zijn gezondheid voor zover rechtstreeks relevant voor de uitoefening van de beoogde functie (echter bij migraine wordt geen enkele functie uitgesloten, zelfs piloot niet).
- Een medische keuring is slechts toegestaan onder strikte voorwaarden, voor zover relevant voor de functie en na de selectieprocedure.
- De zieke werknemer mag desgevraagd zwijgen over de aard en oorzaak van de ziekmelding.
- De werkgever mag informeren naar aanpassingen (in het werk) die van belang zijn voor de reïntegratie van de zieke werknemer.
- De bedrijfsarts mag de werkgever informeren over de mate van werkgerelateerdheid van het verzuim als informatie over beperkingen en aanpassingen onvoldoende informatie biedt voor de reïntegratie.
- Een verzuimverzekeraar (indien aanwezig) kan slechts bij hoge uitzondering medische informatie aan de bedrijfsarts vragen, waarbij de uitdrukkelijke toestemming van de patiënt vereist is.
- De werkgever mag geen registratie houden waarin medische gegevens herleidbaar zijn tot de persoon.
- De werkgever mag bij hoge uitzondering medische gegevens in het personeelsdossier opnemen, bijvoorbeeld voor zover het noodzakelijk is in het belang van de gezondheid van de werknemer.
- De bedrijfsarts licht de werkgever in over informatie die noodzakelijk is voor de werkgever in het kader van het beoordelen van de loondoorbetalingverplichting, de verzuimbegeleiding of reïntegratie.
- Aanvullende gegevens, zoals specifiek medische gegevens mogen uitsluitend met uitdrukkelijke toestemming van de zieke werknemer aan de werkgever worden verstrekt.
- Tussen de bedrijfsarts en de deelnemers aan het sociaal medisch overleg (sociaal medisch team) mogen medische gegevens alleen met uitdrukkelijke toestemming van de zieke werknemer worden uitgewisseld.
- De behandelend arts mag de gevraagde medische informatie (door de bedrijfsarts of indien aanwezig een reïntegratiebedrijf) alleen met toestemming van de zieke werknemer verstrekken.
- Het UWV ontvangt van de werkgever, de zieke werknemer en de bedrijfsarts alle noodzakelijke informatie in het kader van de uitvoering van o.a. de wet SUWI , (beoordeling van de arbeidsgeschiktheid) en de wet WVP, dus ook medische informatie.

Selectie uit 2. Omgaan met medische gegevens (KNMG, 2010)

- De patiënt heeft inzage in zijn dossier, tenzij de persoonlijke levenssfeer van een ander daardoor wordt geschaad.
- De patiënt heeft recht op aanvulling, correctie en afscherming van zijn medische dossier.

- De arts heeft de plicht tot zwijgen over alles wat hem bekend wordt in het kader van de behandeling. Hij is hiervan ontheven bij toestemming van de patiënt, door een wettelijke plicht tot gegevensverstrekking, in het overleg met hulpverleners die deel uitmaken van de behandel eenheid en bij conflict van plichten.
- De patiënt kan de arts van zijn beroepsgeheim ontslaan door toestemming te geven voor het verstrekken van informatie. Om deze toestemming te kunnen geven moet de patiënt vooraf ingelicht worden over het doel, de inhoud en de mogelijke consequenties van de gegevensverstrekking. Degene die de gegevens verstrekt beperkt zich tot het beantwoorden van gerichte vragen, waarbij hij zich beperkt tot relevante, medische informatie van feitelijke aard.
- De aard en omvang van de in het kader van de medische keuring verzamelde medische informatie moet worden gerelateerd aan het doel van de keuring. Het verzamelen van meer gegevens is een inbreuk op de privacy van de keurling.

Selectie uit 3. Leidraad bedrijfsarts en privacy (NVAB en BoaBorea, 2011)

- De bedrijfsarts houdt op zorgvuldige wijze dossier bij (conform de WGB0).
- Op (medische) gegevens verkregen tijdens een vrijwillig spreekuurcontact (arbeidsomstandighedenconsult) is de Wet Geneeskundige Behandelings Overeenkomst volledig van toepassing; dat betekent dat alleen met gerichte toestemming informatie mag worden uitgewisseld.
- Vrijwillig spreekuurcontact moet worden onderscheiden van een verplicht contact in opdracht van de werkgever, zoals bij verzuimbegeleiding en een medische keuring. Let op dat tijdens verzuimbegeleiding sommige spreekuurcontacten vrijwillig zijn.
- Ook bij verplicht spreekuurcontact is (beperkt) toestemming nodig voor het verstrekken van medische gegevens, zoals bij een nadere onderbouwing van een re-integratieadvies, bij verwijzing voor een interventietraject bij een reïntegratiebedrijf of bij vangnetsituatie (aanvraag voor een vergoeding aan UWV) of regres (verhaal in het kader van aansprakelijkheid van een derde).
- De werknemer dient zijn toestemming in vrijheid, dus zonder dwang of drang te kunnen geven. Van mondeling gegeven toestemming maakt de bedrijfsarts aantekening in het dossier.
- De informatieverstrekking aan de werkgever met betrekking tot de verzuimbegeleiding beperkt zich tot functionele beperkingen, nog te verrichten werkzaamheden, verwachte einddoel, eventuele aanpassingen daartoe, werkgerelateerde oorzaken, technische interventies en de aanwezigheid van verstoorde arbeidsrelaties die de terugkeer kunnen belemmeren.

Selectie uit 4. Richtlijn. Beheer gegevens vallend onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts (UWV, 2007)

- De verzekeringsarts heeft een zwijgplicht voor zover hij niet hoeft te spreken uit een wettelijke noodzaak. Tot die wettelijke noodzaak behoort de adviesplicht; de cliënt kan de verzekeringsarts met uitdrukkelijke, gerichte toestemming van diens zwijgplicht ontheffen.

- Het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts wordt beperkt door het wettelijk kader van zijn 'sv-taak' waarvan zijn plicht tot het geven van een gemotiveerd verzekeringsgeneeskundig oordeel en advies over een cliënt een essentieel onderdeel uitmaakt.
- De cliënt heeft geen blokkeringsrecht m.b.t. het advies van de verzekeringsarts.
- De verzekeringsarts heeft voor het verkrijgen van medische informatie bij derden schriftelijke toestemming van de cliënt nodig.
- Alle medische informatie door de verzekeringsarts verzameld wordt opgeslagen in het medische dossier; uitzondering hierop vormen de FML (functionele mogelijkheden lijst) en de verzekeringsgeneeskundige rapportage voor zover deze deel uitmaken van het claimdossier.
- De cliënt heeft het recht op ieder moment het medische dossier in te zien -tenzij inzage de persoonlijke levenssfeer van derden zou schenden -, feitelijke onjuistheden te corrigeren en een eigen visie toe te voegen.

In het kader van de uitvoering van de 'sv-opdracht' kan medische informatie worden gewisseld zonder uitdrukkelijke toestemming van betrokkene, zoals

- bij het vragen van gerichte informatie aan de bedrijfsarts over de periode van de wachttijd (WIA) dat hij de cliënt heeft begeleid
- bij het aanvragen van een expertise
- bij het inzetten van een reïntegratietraject bij een reïntegratiebedrijf
- bij een bezwaarschriftprocedure.

Selectie uit 5. Communicatie met behandelaars. (Standaard, Tica, 1996)

- Het uitgangspunt is dat de cliënt de voornaamste bron van informatie is over zijn klachten, problemen en gezondheidstoestand.
- Communicatie met de behandelaar op specifieke indicatie heeft aanvullende betekenis ten opzichte van de eigen beoordeling.
- Inhoudelijke indicaties zijn: (arbeids)gezondheidskundig - preventie of arbeidsreïntegratie-, het onvermogen om feitelijk of slechts globale informatie te geven en het betwijfelen van de plausibiliteit van de informatie -de indruk van feitelijke onjuistheid-.
- Formele indicaties zijn: het appelleren aan uitspraken van de behandelend arts over leefregels of arbeidsongeschiktheid, het aandringen op overleg, verschil van perceptie over de ernst van het probleem en een dreigend conflict.
- Bij het verstrekken of vragen van informatie heeft deze betrekking op gegevens van feitelijke aard, op de interpretatie van feiten en op de mening over de mogelijkheden om te functioneren en de consequenties voor het beleid.
- Bij het wisselen van informatie wordt vooraf de indicatie- en de vraagstelling besproken.
- In alle gevallen vraagt diegene die het initiatief neemt tot communicatie om een schriftelijke machtiging.

Bijlage 9. Kennislacunes

Kennislacune 1

Naam richtlijn	Mensen met migraine ...aan het werk!
Publicatiedatum richtlijn	2013
Verkorte titel lacune	Frequentie en intensiteit van migraine op de werkplek
Datum lacune	April 2013
Achtergrond	Er zijn onvoldoende gegevens over de frequentie en de intensiteit van migraine op het werk. De prevalentiecijfers voor migraine zijn hoog; het absentieïsme in verhouding laag. Naar verwachting zijn er dan veel mensen op het werk aanwezig met al dan niet gecoupeerde migraine bij wie de productiviteit (veel) minder is dan normaal (presenteïsme). Naar verwachting zullen mensen met zwaardere migraineaanvallen eerder het werk verlaten.
Trefwoorden	Migraine; presenteïsme; absentieïsme; intensiteit van de aanval
Uitgangsvraag	In welke frequentie en met welke intensiteit komt migraine voor op de werkplek?
Patiëntpopulatie	Personen met migraine in hun werksituatie
Interventie	Prospectieve studie op basis van registratie van migraineaanvallen op en rond het werk door middel van dagboekjes bijvoorbeeld gedurende drie maanden. Zwaarte van de aanval schatten bijvoorbeeld op schaal 1-5
Uitkomstmaat	Toename kennis frequentie en zwaarte migraine tijdens het werk. Toename empowerment migrainepatiënt
Verwacht effect	Hoog percentage mensen dat tijdens de migraineaanval geheel of gedeeltelijk door 'werkt'.

Kennislacune 2

Naam richtlijn	Mensen met migraine ...aan het werk!
Publicatiedatum richtlijn	2013
Verkorte titel lacune	Werkgerelateerde triggers voor episodische migraine
Datum lacune	Maart 2013
Achtergrond	In veel literatuur over episodische migraine wordt gesproken over kenmerken die als trigger voor een migraineaanval fungeren. Veel van deze triggers zijn gerelateerd aan de werksituatie en aan de balans tussen werk en privé. Goede onderbouwing van de betekenis van deze triggers en het ontstaan/ versnellen/verergeren van migraineaanvallen ontbreekt. Op welke manier kan met deze externe factoren rekening gehouden worden bij de inrichting van het werk en de balans tussen werk en privé. Er zijn signalen dat mogelijk mede door deze kenmerken de arbeidsparticipatie van mensen met migraine wordt bemoeilijkt.
Trefwoorden	Migraine; triggers (uit de werkomgeving); arbeidsparticipatie
Uitgangsvraag	De betekenis van externe factoren (conform ICF schema) en het optreden van migraine
Patiëntpopulatie	Personen met migraine in hun werksituatie
Onderzoeksontwerp	Case control studie
Uitkomstmaat	De betekenis (relatief risico) van werkgerelateerde triggers voor het ontstaan van migraine en deelname aan arbeid
Verwacht effect	Verbetering van arbeidsomstandigheden (verbeterde criteria voor de inrichting van het werk) ten behoeve van ontwerpers van organisaties en werkplekken

Kennislacune 3

Naam richtlijn	Mensen met migraine...aan het werk!
Publicatiedatum richtlijn	2013
Verkorte titel lacune	Zelfmanagement gericht op migraine op het werk
Datum lacune	Maart 2013
Achtergrond	Op het werk aangeboden zelfmanagement educatie kan effect hebben op de productiviteit (Page, 2009). Case finding en individuele behandeling waren weinig effectief (Merelle, 2009). Welke benadering is kosteneffectief, ook wanneer zelfmanagement breder wordt geïnterpreteerd, bijvoorbeeld tot aan adequaat zorg zoekgedrag
Trefwoorden	Migraine; productiviteitsverlies, zelfmanagement; educatie; case finding.
Uitgangsvraag	Is migraine zelfmanagement educatie op het werk kosteneffectief?
Patiëntpopulatie	Personen met migraine in hun werksituatie
Interventie	Zelfmanagement educatie gericht op werknemers met ernstige migraine, leidend tot frequent kort verzuim
Uitkomstmaat	Productiviteit (absenteïsme en presenteïsme); Ziektematen als: Aantal migrainedagen Duur aanval Functioneren (MIDAS score)
Verwacht effect	Bij migraine met een hoge MIDAS score is kosteneffectief resultaat te verwachten op de productiviteit

Kennislacune 4

Naam richtlijn	Mensen met migraine ...aan het werk!
Publicatiedatum richtlijn	2013
Verkorte titel lacune	Effect van bioritmeverstoring op migraine
Datum lacune	April 2013
Achtergrond	Een van de kenmerken, die volgens migrainepatiënten kan bijdragen aan het uitlokken/versnellen van een migraineaanval is de verstoring van het persoonlijk bioritme. Hieronder vallen het niet op tijd eten/drinken; het onregelmatig slapen en ook wisselende (dag/nacht) diensten
Trefwoorden	Migraine; productiviteitsverlies; triggers
Uitgangsvraag	Kunnen migraineaanvallen opgewekt, versneld of verergerd worden door verstoring van persoonlijke kenmerken op het werk?
Patiëntpopulatie	Personen met migraine in hun werksituatie
Interventie	Registratie van persoonlijk bioritme en van gebeurtenissen, die dit tijdsritme verstoren, is goed te doen met bijvoorbeeld dagboekjes. Hiermee kan met een goedkoop case-control design, prospectief, gedurende bijvoorbeeld 3 maanden, vragen over migraine triggers beantwoord worden
Uitkomstmaat	aanvalsfrequentie
Verwacht effect	Verstoring van persoonlijk bioritme door wisseldiensten is een trigger.

Kennislacune 5

Naam richtlijn	Mensen met migraine ...aan het werk!
Publicatiedatum richtlijn	2013
Verkorte titel lacune	Migraineklachten en arbeid
Datum lacune	Maart 2013
Achtergrond	Problemen, samenhangend met (ernstige) migraine op de werkplek, komen slechts beperkt aan de oppervlakte, ervan uitgaand dat de prevalentie van migraine op het werk niet al te veel afwijkt van de algemene prevalentiecijfers voor migraine. Percentage WIA uitkeringen is klein. Ook bedrijfsartsen zien niet veel mensen met (ernstige) migraine. Hieruit zou afgeleid kunnen worden dat veel werknemers met migraine hun eigen probleem-bonen doppen. Alleen, met naasten, met hun werkgever, leidinggevende en collega's. Hoe doen ze dat?
Trefwoorden	Migraine; werksituatie; probleemoplossing
Uitgangsvraag	Op welke wijze combineren werknemers met migraine hun migraineklachten met hun werk?
Patiëntpopulatie	Personen met migraine in hun werksituatie; Leidinggevenden, collega's
Interventie	Kwalitatief onderzoek
Uitkomstmaat	
Verwacht effect	Praktische oplossingen om te komen tot verminderd verzuim als gevolg van migraine, en verhoogde productiviteit

Kennislacune 6

Naam richtlijn	Mensen met migraine ...aan het werk!
Publicatiedatum richtlijn	2013
Verkorte titel lacune	Effecten lange termijn gebruik triptanen op werkcacaciteiten
Datum lacune	Maart 2013
Achtergrond	Migrainepatiënten, die voelen dat een migraineaanval opkomt, dienen vroegtijdig een triptan te nemen om de intensiteit van de aanval zoveel mogelijk te beperken. Veel werkenden met migraine doen dit al gedurende vele jaren. De lange termijn effecten van frequent triptangebruik op bijvoorbeeld geheugen, samenwerking met collega's en werken in opgelegd tempo (zie blz 25) zijn onvoldoende bekend.
Trefwoorden	Migraine; triptanen; werkcaciteiten
Uitgangsvraag	Effecten van lange termijn gebruik van triptanen op werkcaciteiten van werknemers met migraine
Patiëntpopulatie	Personen met migraine in hun werksituatie
Interventie	Lange termijn cohortstudie waarin bepaalde eigenschappen, zoals geheugen, werken in opgelegd tempo e.d. worden bevraagd bij werkenden met migraine, voorafgaand aan triptangebruik en na 2, 5 en 10 jaar.
Uitkomstmaat	
Verwacht effect	

Bijlage 10. Wie doet wat?

Arbeidsdeskundige

Geeft inzicht over de mate waarin de functie iemand belast en de mate waarin de werknemer belastbaar is. De arbeidsdeskundige kan adviseren over werkaanpassingen en over het inzetten van hulpmiddelen.

Kan werkzaam zijn bij:

- Het UWV. Maakt daar een schatting van percentage toepassing van verschillende wetten zoals WIA (Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen) en Wajong (wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten). Geeft deskundigenoordeel. Toetst reïntegratievisie of stelt deze (mede) op. Verwijst eventueel naar reïntegratiebedrijf. Werkt in overleg met de verzekeringsarts. De ziekte van de werknemer wordt 'vertaald' in de Functionele Mogelijkheden Lijst (FML). Begeleidt werknemer naar (ander) werk
- Reïntegratiebedrijf en Arbodienst. Begeleidt naar werk, eventueel na enig vervolgonderzoek als bijvoorbeeld beroepskeuze-onderzoek, geschiktheidsonderzoek (assessment), neuropsychologisch onderzoek enz. Doet ook aan jobcoaching. Kan een traject samenstellen ten behoeve van succesvolle reïntegratie.. Training en scholing dienen altijd beroepsgericht te zijn. Al deze zaken dienen conform arbeidsmarkt te zijn en perspectief te bieden op duurzaam werk.

www.dearbeidsdeskundige.nl

Arbeids- en organisatiedeskundige

Adviseert en begeleidt organisaties bij het gezond en gemotiveerd inzetbaar houden van de medewerkers.

www.baeno.nl

Arbeidshygiënist

Inventariseert verstorende biologische, chemische en fysische omgevingskenmerken op de werkplek en tracht deze factoren, waar nodig, te verminderen of te elimineren.

www.arbeidshygiene.nl

Arbo-verpleegkundige

Bewaakt en bevordert, als verpleegkundig specialist, de individuele gezondheid van de werknemer. Hiervoor oriënteert de verpleegkundige zich op het arbo- en verzuimbeleid, inventariseert belastende factoren, zoals omgevingskenmerken en verzamelt informatie over de belastbaarheid van de werknemer. Neemt deel aan begeleiding en reïntegratie van zieke werknemers.

www.arboverpleegkunde.nl

Bedrijfsarts

Kan met gezag bepalen of een werknemer zijn arbeidsovereenkomst niet (volledig) kan nakomen vanwege een ziekte.

Hij adviseert zowel werkgever als werknemer over gezonde en veilige arbeidsomstandigheden. Adviseert over omgevingskenmerken en persoonlijke kenmerken in relatie tot de persoon met migraine. Geeft adviezen over o.a. werktijden en heeft, in relatie tot de functie, aandacht voor werken met medicijnen. Doet aan preventie en vroege diagnostiek van arbeidsrelevante aandoeningen als migraine.

Begeleidt werknemers bij (partiële) arbeidsongeschiktheid in de eerste twee jaar terug naar eigen werk of naar aangepast werk bij eigen of andere werkgever.

Verwijst naar andere professionals in arbo/curatieve sector.

Bedrijfsarts is onafhankelijk.

www.arboportaal.nl

Bedrijfsmaatschappelijk werker

Beoogt het functioneren van medewerkers te verbeteren en hun inzetbaarheid te vergroten door middel van coaching, advies en individuele of groepsbegeleiding.

Werkt hiertoe samen met leidinggevende en bedrijfsarts.

www.arbounie.nl/weer-aan-de-slag/bedrijfsmaatschappelijkwerk

Hoofdpijnverpleegkundige

Werkt vaak als verpleegkundig specialist in een hoofdpijncentrum.

Verkrijgt en verzamelt medische gegevens voor de arts om tot een diagnose te komen, bijvoorbeeld door het afnemen van een hoofdpijnvragenlijst.

Geeft nadere informatie over de door de arts gestelde hoofdpijndiagnose en geeft uitleg over leefregels om de hoofdpijn zoveel mogelijk te voorkómen.

De hoofdpijnverpleegkundige trekt voldoende tijd uit om uw vragen over hoofdpijn en de gevolgen daarvan op bijvoorbeeld uw werk met u te bespreken.

www.hoofdpijncentra.nl

www.venvn.nl

Huisarts

Werkt als poortwachter en generalist. Is eerste laagdrempelige medische aanspreekpunt voor mensen met migraine. Vaak komen migrainepatiënten pas bij de huisarts als de vrij verkrijgbare middelen al geprobeerd zijn en weinig of niet hebben geholpen. In het algemeen kan migraine goed behandeld worden door de huisarts. Verwijzing naar een hoofdpijncentrum of een (hoofdpijn)neuroloog vindt plaats bij twijfel over de diagnose, vanwege complexiteit van de aandoening en problemen met de behandelbaarheid.

www.thuisarts.nl/migraine

Neuroloog

Analyseert of de patiënt, neurologisch gezien, problemen heeft.

Hij doet dit door de anamnese (ziekte geschiedenis) op te nemen, een lichamelijk en neurologisch onderzoek te verrichten en zonodig aanvullend onderzoek te laten verrichten, zoals bloedonderzoek, EEG (Electro-encephalografie), ECHO-duplex van de halsslagaderen, CT-scan of MRI-scan van de hersenen. Als op basis van bovenstaande is uitgesloten dat er andere pathologie een rol speelt bij de oorzaak van de hoofdpijn, kan de diagnose migraine gesteld worden.

De algemeen neuroloog zal de patiënt dan meestal geruststellen en met een behandelingsadvies terugsturen naar de huisarts voor verdere behandeling.

De **hoofdpijnneuroloog** (HPN) zal de patiënt uiteraard ook geruststellen, maar vervolgens een behandelingstraject met de patiënt ingaan. Medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandelingsmogelijkheden zullen worden overgewogen. Verschillende acute en preventieve medicamenteuze behandelingen zullen systematisch worden voorgeschreven en geëvalueerd. Met behulp van een hoofdpijnkalender/dagboek zal de HPN het beloop en het resultaat van de behandeling vervolgen.

De HPN zal ook vaak tertiaire verwijzingen in zijn praktijk krijgen met moeilijke of zeldzame vormen van hoofdpijn. De HPN trekt in de regel meer tijd uit voor de consultatie.

Door de HPN wordt vaak in multidisciplinair verband samengewerkt met een psycholoog, een fysiotherapeut, een gespecialiseerde hoofdpijnverpleegkundige en soms een gynaecoloog. De HPN is lid van de Vereniging van Nederlandse Hoofdpijn Centra (VNHC), meestal ook van andere nationale en internationale wetenschappelijke verenigingen. In deze VNHC is er een samenwerking tussen een 30-tal centra in het land en met het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), wat overleg en kennisoverdracht tussen de verschillende behandelcentra bevordert.

www.hoofdpijncentra.nl

Paramedicus (fysiotherapeut, ergotherapeut)

Paramedici met een specialisatie in arbeid zijn gespecialiseerd in het begeleiden van praktische arbeidsproblematiek.

De fysiotherapeut ondersteunt mensen met migraine door hen op de juiste wijze te leren omgaan met fysieke bewegingsklachten, zoals nekpijn, tijdens het werk. Ook kan de fysiotherapeut mensen leren ontspannen. Er zijn master opgeleide bedrijfsfysiotherapeuten die bij bedrijven werkzaam zijn en arbeidsfysiotherapeuten met een post-HBO opleiding. Bedrijfsfysiotherapeuten werken aan het voorkomen van gezondheidsproblemen op de werkplek, verminderen en herstellen aandoeningen van het bewegingssysteem en ondersteunen waar nodig bij de re-integratie van (langdurig) zieke werknemers. Arbeidsfysiotherapeuten begeleiden, meestal vanuit de eerste lijn, werknemers met klachten.

www.nvbf.nl

De ergotherapeut geeft o.a. advies over het aanpassen van activiteiten en/of de (werk)omgeving.

www.ergotherapie.nl

Psycholoog (Arbeid en Gezondheid; Arbeid en Organisatie)

Biedt zorg waar psychische klachten (kunnen) ontstaan door werkgerelateerde stress, conflicten en overbelasting. De zorg is gericht op het welbevinden op het werk en stimuleert motivatie, vitaliteit, effectiviteit, productiviteit en werkplezier. Leert werkende met migraine beter omgaan met zijn psychische problematiek rond migraine (coping)

De psycholoog verzorgt individuele interventies bij werkgerelateerde stressklachten, burn-out en reïntegratie in het werk. Daarnaast biedt hij interventies bij het werken met somatische klachten en ter voorkoming van terugval.

Adviseert werkgever over zorg en preventie.

Ook in de hoofdpijncentra zijn psychologen betrokken bij de zorg voor mensen met hoofdpijn.

www.psynip.nl

Verzekeringsarts

Stelt de belastbaarheid van de patiënt vast, vertaald in termen van de FML (functionele mogelijkhedenlijst) FML is bedoeld ten behoeve van WIA en Wajong beoordelingen. In dit kader dient er sprake te zijn van een ziekte ofwel een samenhangend geheel van stoornissen, vermindering van activiteiten en participatieproblematiek. De beperkingen, die de patiënt ervaart moeten weerspiegeld worden in alle doen en laten (in werk, hobby, vakantie, activiteiten uit het dagelijks leven enz.). De beperkingen moeten niet terug te voeren zijn op een onjuiste manier van omgaan met de ziekte. Een en ander dient aannemelijk te zijn, toetsbaar en reproduceerbaar (zie ook het schattingsbesluit ten aanzien van WIA).

www.werkenbijuwv.nl/functies/sociaal-medisch/verzekeringsarts

Patiëntenorganisatie NVvHP

De Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten verbetert de kwaliteit van leven van mensen met migraine en andere vormen van ernstige hoofdpijn. De vereniging maakt mensen met ernstige hoofdpijn mondig, bevordert hun maatschappelijke participatie, streeft naar verhoging van de sociale acceptatie van hun aandoening en verbetering van de behandeling die door zorgverleners wordt gegeven. De vereniging biedt ervaringsdeskundigheid bij onderzoek en vernieuwing. Adviespunt Werk is een onderdeel van de NVvHP.

www.hoofdpijnpatienten.nl

Adviespunt Werk

Helpt u op een aantal terreinen bij problemen op het werk door uw migraine. Of zit u thuis en hebt u moeite met het vinden van passend werk? U staat er niet alleen voor. Adviespunt Werk van de NVvHP helpt u op het gebied van :

- Coaching
- Loopbaanadvies
- Outplacement
- Reïntegratie
- Praktisch advies via e-mail: werk@hoofdpijnpatienten.nl

Bijlage 11a. Afkortingenlijst

AWVN	Algemene Werkgevers Vereniging Nederland
CAS-registratiesysteem	Registratiesysteem voor ziekten, gebruikt door bedrijfsartsen en verzekeringsartsen
CBP	College Bescherming Persoonsgegevens
EBRO	Evidence Based Richtlijn Ontwikkeling
FIC	Family of International Classifications
FML	Functionele Mogelijkheden Lijst
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IHS	International Headache Society (criteria voor migraine)
KKCZ	Kennisbeleid Kwaliteit Curatieve Zorg
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst; landelijke artsenfederatie
LPT	Lost Productive Time
LWD	Lost Working Days
LWDE	Lost Working Day Equivalents
MIDAS	Migraine Disability Assessment vragenlijst
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIP	Nederlands Instituut van Psychologen
NSAID's	Non-Steriodal Anti-Inflammatory Drugs; ontstekingsremmende geneesmiddelen
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
NVN	Nederlandse Vereniging voor Neurologie
NVVG	Nederlandse Vereniging voor Verzekerings Geneeskunde
NVvHP	Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten
P & O	Personeel & Organisatie
QoL	Quality of Life
SV	Sociale Verzekeringen(wet)
TTH	Tension Type Headache
UWV	Uitkeringsinstelling Werknemers Verzekeringen
V&VN	Verplegenden & Verzorgenden Nederland
VNHC	Vereniging Nederlandse Hoofdpijn Centra

vervolg afkortingenlijst

Wet SUWI	Wet Structuur Uitvoeringsorganisatie Werk en Inkomen
Wet WVP	Wet Verbetering Poortwachter
WGA	Regeling Werkhervating Gedeeltelijk Arbeidsongeschikten
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst
WHO	World Health Organisation
WIA	Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen
ZonMw	Zorg Onderzoek Nederland, Medische Wetenschappen

Bijlage 11b. Begrippenlijst

Absenteïsme	Verzuim; in het kader van migraine is dit afwezigheid vanwege een aanval.
Activiteiten	Onderdelen van iemands handelen. De term verwijst naar het functioneren vanuit individueel perspectief.
Beperkingen	Moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten.
Biofeedback	Het meten en bewerkstelligen van veranderingen in fysiologische variabelen (als hartslag, spierspanning) om op die manier de effecten van hoofdpijn en de hoofdpijn zelf te beïnvloeden.
Cognitieve gedragstherapie	Technieken die veranderingen bewerkstelligen in vaardigheden, 'de coping stijl', met betrekking tot het omgaan met narigheid.
Comorbiditeit	Het hebben van meerdere ziekten met een onderling verband.
Coping	De wijze waarop individuen met ervaren spanning omgaan.
Disability	Mate van verminderd functioneren c.q. functioneringsprobleem.
Functioneren	Functioneren is een paraplueterm voor functies, anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie; zijn er problemen in het functioneren - functioneringsproblemen - dan is er sprake van een (combinatie van) stoornis(sen) en/of beperking(en) en/of participatieproble(e)m(en).
Luxerende factoren	Zie uitlokkende factoren.
Mindfulness	Beoogt training van mentale en fysieke ontspanning en acceptatie van pijn met aandachtsoefeningen (soort coping training).
Multimorbiditeit	Het hebben van meerdere ziekten.
Neurovasculair	Betreffende de zenuwbanen en de bloedvaten.
Onderzoekscohort	Gedefinieerde onderzoekspopulatie.
Omgevingskenmerken	Alle aspecten van de externe of intrinsieke wereld die de achtergrond van iemands leven vormen en als zodanig iemands functioneren beïnvloeden; deze factoren kunnen zowel een positieve als een negatieve invloed hebben op het functioneren.
Participatie	Iemands deelname aan het maatschappelijk leven.
Persoonlijke factoren	Persoonlijke factoren betreffen de individuele achtergrond van het leven van een individu en bestaan uit kenmerken van het individu die geen deel uitmaken van de gezondheidstoestand.
Persoonlijke kenmerken	de persoonlijke factoren plus de gezondheidstoestand (ziekte / aandoening + functioneren).
Postdromale fase	Herstelfase na de aanval.

vervolg begrippenlijst

Presenteïsme	Doorwerken tijdens een aanval, met verminderde productiviteit
Prevalentie	Voorkomen van een ziekte als % van de bevolking, op één moment (b.v. één jaar; puntprevalentie) of tijdens het hele leven (life-time).
Prodromale fase	Waarschuwingfase vóór de aanval.
Profylaxe	Aanvalsvóórkomende behandeling / medicijnen.
Stoornissen	Afwijkingen in of verlies van functies of anatomische eigenschappen.
Stress	# Als stressor (belastende omstandigheden van buitenaf). # Als respons of persoonlijke reactie op stressor. Hoewel stress en migraine vaak samen genoemd worden, is er wetenschappelijk geen causaal verband aangetoond.
Triggers	Zie uitlokkende factoren.
Triptanen	Moderne aanvalscouperende medicijnen.
Uitlokkende factoren	Omstandigheden die bij individuele personen een migraineaanval kunnen versnellen of verergeren. Er bestaat geen wetenschappelijk bewijs voor een causaal verband.

Bijlage 12. Samenvatting

Algemene samenvatting Richtlijn 'Mensen met migraine...aan het werk!'

Wat is dit?

Deze richtlijn is een document met aanbevelingen ter ondersteuning van mensen met migraine, mensen uit hun werkomgeving en zorgprofessionals, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor personen met migraine én op het verminderen van het productiviteitsverlies op het werk vanwege migraine; berustend op wetenschappelijk onderzoek, aangevuld met expertise en ervaringen van de hierboven genoemde groepen.

Migraine is een aanvalsgewijs optredende, chronische neurovasculaire hersenziekte, zich met name uitend in een ernstige, bonkende hoofdpijn, meestal aan één kant van het hoofd, vaak gepaard gaand met misselijkheid, soms zelfs overgeven. Onbehandeld duurt een aanval één tot drie dagen. Voorafgaand aan en volgend op de hoofdpijnfase zijn er andere fasen, behorend bij migraine, waarin de persoon met migraine minder kan functioneren.

Waarom geschreven?

Migraine is een gezondheidsprobleem van grote omvang, zowel voor de individuele patiënt als voor de maatschappij. Naar schatting 15 -20% van de Nederlandse bevolking heeft migraine. Door een migraineaanval vallen mensen, ook tijdens hun arbeidsuren, onverwachts uit (absenteïsme) of blijven wel op het werk aanwezig, maar kunnen dan aanzienlijk minder presteren dan normaal (presenteïsme). Dit is niet alleen vervelend voor de persoon zelf, maar leidt daarnaast ook regelmatig tot gespannen verhoudingen met collega's en leidinggevende/werkgever.

Welke onderwerpen?

In deze richtlijn is een aantal vragen behandeld en zijn aanbevelingen gedaan om beter met deze problematiek om te kunnen gaan.

De vragen betreffen:

- Het vóórkomen van migraine in de werksituatie.
- Kenmerken uit de omgeving en persoonlijke kenmerken van de werkende die bij migraine in de werksituatie een rol kunnen spelen.
- De aanpassingen en behandelwijzen die zijn aan te bevelen om uitval door migraine te verminderen.
- De wijze(n) waarop zorgprofessionals hun onderlinge afstemming ten behoeve van de persoon met migraine én de samenwerking met de persoon met migraine kunnen optimaliseren.
- De juridische implicaties verbonden aan het geven van medische informatie over de persoon met migraine aan diens werkomgeving.

Voorafgaand aan de hoofdstukken 1 tot en met 6, gewijd aan deze vragen, is te lezen:

- De inleiding, waarin de verantwoording voor de richtlijn staat weergegeven.
- Een algemeen deel: 'Wat verstaan we onder migraine', waarin de criteria voor migraine (International Headache Society, 2013) opgenomen zijn.
- Resultaten van een enquête betreffende 'migraine op het werk' onder 150 werkenden met migraine: 'Mensen met migraine spreken'.

Voor wie bedoeld?

Deze migrainerichtlijn is bedoeld voor mensen in en rond de werksituatie.

De doelgroepen zijn:

- Werkenden met migraine
- Mensen uit de werkomgeving van een persoon met migraine, zoals de werkgever of de leidinggevende, de naaste collega's, de personeelsfunctionaris, het human resource management
- Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen
- Arbeidsdeskundigen en arbeids- en organisatiepsychologen
- Zorgverleners van de persoon met migraine, zoals de huisarts, (hoofdpijn)neuroloog, psycholoog, hoofdpijnverpleegkundige, fysiotherapeut.

Hoofdstuk 1 Frequentie en intensiteit van migraine op de werkplek

Voor Nederland zijn er slechts weinig gegevens bekend.

De frequentie en de intensiteit van migraine op het werk zijn niet nauwkeurig vast te stellen op basis van de gevonden studies (januari 1990-juli 2010). Vooral op basis van buitenlands onderzoek kan geconcludeerd worden dat het waarschijnlijk is dat migraine een arbeidsverzuim (lost working days) van drie tot zeven dagen per jaar kan verklaren. Het lijkt aannemelijk dat migraine een verlies aan productiviteit (lost working day equivalents) tijdens het doorwerken kan verklaren van zes tot tien dagen per jaar. Migraine komt ongeveer drie keer vaker voor bij vrouwen dan bij mannen; migraine rond de menstruatie speelt daarbij een rol.

De werkgroep, die deze richtlijn heeft opgesteld, gaat er van uit dat de prevalentie van migraine onder de werkende bevolking niet wezenlijk afwijkt van de prevalentie onder de algemene populatie.

Er lijkt verband te zijn tussen de zwáárte van migraine (gemeten naar pijnintensiteit) en de mate van arbeidsverzuim en verlies aan productiviteit op het werk (bij elkaar lost productive time), maar harde literatuurgegevens ontbreken.

Bij een praktijkgrootte van circa 2000 werknemers lijkt het aannemelijk dat de bedrijfsarts 200 tot 400 potentiële migrainepatiënten zal kunnen ontmoeten.

Aanbevelingen

1.1

Bedrijfs- en verzekeringsartsen moeten streven naar meer onderzoek naar de frequentie en intensiteit van migraine op de werkplek of de impact van migraine op het werk zodanig vastleggen dat meer onderzoek mogelijk is.

1.2

Voor onderzoek naar de frequentie en intensiteit van migraine op de werkplek is het sterk aan te bevelen dat bedrijfs- en verzekeringsartsen migrainepatiënten alleen als zodanig vastleggen in het CAS-registratiesysteem, als de onderliggende ziekte voldoet aan de IHS criteria.

1.3

Vanwege de impact die migraine lijkt te hebben op het functioneren van de werknemer met migraine, is het sterk aan te bevelen om hiervoor bij de (huis)arts apart aandacht te vragen en bij onduidelijkheid over de diagnose en de impact op het werk voor gespecialiseerd advies te (laten) verwijzen naar artsen met kennis van hoofdpijn bijvoorbeeld naar hoofdpijncentra.

1.4

Het verdient aanbeveling de mate van arbeidsparticipatie van mensen met (zwaardere vormen van) migraine te bevorderen door sterkere focus op juiste diagnosestelling en behandeling door artsen en door facilitering van mogelijke maatregelen op de werkplek door werkgevers.

1.5

Het verdient aanbeveling om gelden beschikbaar te stellen voor onderzoek onder de werkende bevolking naar de frequentie en intensiteit van migraine en naar de economische effecten ervan, gezien de uiteenlopende bevindingen in bestaand onderzoek.

Hoofdstuk 2 Omgevingskenmerken en de relatie met migraine op het werk

Veel mensen met migraine rapporteren bepaalde kenmerken uit de omgeving, die kunnen leiden tot een aanval. De rol van deze triggers is nog onvoldoende duidelijk aangetoond.

Waarschijnlijk zijn deze kenmerken niet de oorzaak van de aanval, maar kunnen ze de aanval wel versnellen en verergeren. Deze omgevingskenmerken, externe factoren volgens de ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), kunnen een positieve, neutrale of negatieve rol vervullen (zie tabel 1, bladzijde 41).

In de literatuur zijn vooral negatieve externe factoren vermeld (zie tabel 2, 3 en 4, bladzijde 42,43).

Zo lijkt het waarschijnlijk dat bepaalde arbeidsomstandigheden, zoals fel licht, een warm binnenklimaat, vormen van geluid en luchtkwaliteit een migraineaanval kunnen uitlokken of versnellen bij mensen, die daarvoor gevoelig zijn.

Evenzo zijn er aanwijzingen dat voor sommige arbeidsverhoudingen, zoals gebrek aan sociale ondersteuning, hetzelfde geldt.

Het lijkt mogelijk dat enkele vormen van arbeidsinhoud, zoals bepaalde fysieke activiteiten, een migraineaanval kunnen uitlokken of versnellen bij mensen, die daarvoor gevoelig zijn.

En er zijn aanwijzingen dat 'het niet op tijd kunnen eten' bij mensen, die daarvoor gevoelig zijn, een migraineaanval kan uitlokken.

Bij mensen uit de werkomgeving, die niet gewend zijn om te gaan met het wisselvallige optreden van migraineaanvallen, kan vaak onbegrip en soms wantrouwen ontstaan ten opzichte van de persoon met migraine, die zich onverwachts terugtrekt of minder alert is. De werkgroep acht een open communicatie over migraine, tussen de medewerker met migraine en zijn collega's en leidinggevenden, van belang om goede arbeidsverhoudingen in stand te houden.

In dit hoofdstuk staat tevens een aantal voorbeelden van praktische toepassingen beschreven, waar werkenden met migraine baat bij kunnen hebben.

Aanbevelingen

2.1

Het uitgangspunt moet zijn: “Heb het er maar eens over”.

Ga als medewerker met migraine een gesprek aan met collega's, leidinggevend en bedrijfsarts over migraine en probeer in onderling overleg het onbegrip weg te nemen.

2.2

Betreffende arbeidsomstandigheden:

Het is aan te bevelen om als medewerker met migraine een gesprek aan te gaan met de leidinggevende en met collega's over potentieel migraine-uitlokkende factoren op de werkplek. In onderling overleg kan dan besproken worden hoe de invloed van deze externe omgevingskenmerken zodanig is aan te passen dat er zo min mogelijk hinder ontstaat.

2.3

Het zelf kunnen regelen van werktijden is voor een werkende met migraine bevorderlijk om het productiviteitsverlies door migraine te verminderen.

2.4

Sociale steun van collega's en het hebben van voldoende regelmogelijkheden zijn aan te bevelen om mensen met migraine te helpen effectief om te gaan met hun aandoening op het werk.

Hoofdstuk 3 Persoonlijke kenmerken en de relatie met migraine op het werk

In dit hoofdstuk wordt eveneens gebruik gemaakt van de ICF-terminologie om aan te geven wat wordt verstaan onder persoonlijke kenmerken. Hiermee worden persoonlijke factoren plus de gezondheidstoestand van een persoon bedoeld. Persoonlijke factoren vormen iemands individuele achtergrond. In het kader van werk wordt onderscheid gemaakt tussen algemene persoonlijke factoren en werkgerelateerde persoonlijke factoren. Algemene persoonlijke factoren zijn demografische factoren, zoals leeftijd en geslacht en eigenschappen zoals karakter, lichamelijke conditie en leefstijl. Werkgerelateerde persoonlijke factoren zijn bijvoorbeeld beroep, werkplezier, ambitie en inzetbaarheid. Met gezondheidstoestand wordt de aandoening plus de invloed daarvan op het functioneren van de persoon bedoeld.

Veel vrouwelijke migrainepatiënten hebben last van migraine rond de menstruatie. Dit onderwerp is dan ook in dit hoofdstuk meegenomen. Zie voor deze en andere persoonlijke kenmerken tabel 5 (bladzijde 51).

In de literatuur is aangetoond dat meer dan 50% van de vrouwen met migraine regelmatig rond de menstruatie een migraineaanval krijgt. Deze aanval is in het algemeen lastiger te couperen dan een aanval buiten de menstruatie om.

Er zijn aanwijzingen, dat een verstoring van het 'normale persoonlijke tijdsritme', waardoor grote vermoeidheid en slaapproblemen kunnen optreden, bij mensen die daarvoor gevoelig zijn, een migraineaanval kan uitlokken. Dit is een factor die kan spelen bij mensen met onregelmatige diensten of wisselende ploegendiensten.

De vele stresssymptomen die personen met migraine als aanvaluitlokkend noemen, zijn onvoldoende onderbouwd met objectieve prospectieve gegevens. Een biologisch meetbare stressrespons ontbreekt. De alternatieve theorie dat deze klachten en functioneringsproblemen

ook te zien zijn als prodromen (verschijnselen in de waarschuwingsfase voor de aanval) lijkt minstens zo waarschijnlijk.

Het lijkt waarschijnlijk dat sommige migrainepatiënten niet tijdens maar ná een periode van ervaren spanning een migraineaanval kunnen krijgen.

De persoonlijke kenmerken, die bijdragen aan het uitlokken van een migraineaanval of die een reeds ingezette aanval kunnen versnellen, zijn minder makkelijk aan te passen dan de meeste omgevingskenmerken. Uit onderzoeken komt wel naar voren dat werkenden met migraine die weten dat zij een migraineaanval kunnen krijgen, die zich bewust zijn van persoonlijke en omgevingskenmerken die daaraan kunnen bijdragen, die weten hoe zij (zo goed mogelijk) met de aanval kunnen omgaan en deze kennis delen met hun werkomgeving, ook meer effectief zijn in de werksituatie.

Aanbevelingen

3.1

Het verdient aanbeveling om, ook in de werksituatie, rekening te houden met persoonlijke kenmerken welke bij een persoon met migraine een aanval kúnnen uitlokken.

3.2

Het lijkt zinvol dat personen met migraine bepaalde vaardigheden (verder) ontwikkelen in het omgaan met stress: conflicthantering, time management, ontspanningstechnieken, cognitieve strategieën, bespreekbaar maken van problemen, hulp zoeken bij anderen en energie richten op concrete acties voor het oplossen van problemen. Begeleiding hierbij kan helpen om een aantal vaardigheden te leren en meer grip te krijgen op migraine door zelfmanagement.

3.3

Wees alert op de verstoring van het persoonlijke tijdsritme. Deze verstoring kan leiden tot migraineaanvallen bij die personen, die daarvoor gevoelig zijn.

3.4

Bij vrouwen met menstruele migraine, dan wel een toegenomen ziektelast door migraine tijdens de menstruatie, is het zeer aan te bevelen dit in kaart te brengen, bijvoorbeeld met behulp van een hoofdpijndagboek, en de behandelend (huis)arts hier bij te raadplegen voor behandeling. Dit geldt ook voor de andere vormen van migraine.

Hoofdstuk 4 Preventieve maatregelen en medicamenteuze behandelingen rond migraine op het werk

In dit hoofdstuk worden maatregelen en behandelingen beschreven die een positieve bijdrage kunnen leveren aan het verminderen van de ziektelast van migraine, gemeten naar de afname van het aantal dagen met hoofdpijn, de afname van de pijnintensiteit, het verminderen van niet optimaal functioneren en het verminderen van arbeidsverzuim en productiviteitsverlies. Naast de maatregelen, die in hoofdstuk 2 en 3 zijn besproken, gaat het om effecten van voorlichting en educatie, om psychologische en andere niet-medicamenteuze behandelingswijzen en om medicamenteuze behandelingen.

Aandacht voor migraine, kennis over de factoren, die bijdragen aan het oproepen van een aanval en kennis en mogelijkheden om de aanval adequaat te behandelen kunnen een aanzienlijke bijdrage leveren aan de vermindering van de ziektelast.

Het lijkt waarschijnlijk dat voorlichting en educatie over migraine voor de werkende met migraine bijdragen aan een groter welbevinden en aan minder functionele uitval op het werk {minder Lost Productive Time (LPT)}.

Cognitieve gedragstherapie, biofeedback en vormen van ontspanningstherapie leveren positieve effecten op in het omgaan met migraine.

Voorts is het aannemelijk dat het verlies aan productiviteit tijdens werktijd aanmerkelijk teruggebracht kan worden met medicamenteuze behandeling.

De meest gebruikte medicijnen om een migraineaanval te couperen staan weergegeven in tabel 6 (bladzijde 64). De meest toegepaste profylactische medicatie staat in tabel 7 (bladzijde 65). Medicijnen moeten uitgeprobeerd worden om te zien of ze bij die ene patiënt werken. Er kunnen bijwerkingen komen die misschien slijten, misschien niet. De grootte van het medicijneffect in de dagelijkse praktijk is niet goed te schatten, maar lijkt van dezelfde orde als de effecten van medicijnen op ziektekenmerken in gecontroleerde trials, namelijk tientallen procenten. Echter, in de praktijk van één bepaald persoon met migraine verloopt het allemaal wat minder ideaal. Al die tijd is enige coultance van de omgeving nodig. Tegelijk kan van de persoon met migraine verwacht worden dat hij trouw is aan de afspraken en het niet te snel opgeeft. Als iemand uiteindelijk is ingesteld, dan is er tijd nodig en een rustige ruimte om een aanval te couperen met medicijnen. Idealiter is dat een uur of twee om de aanvalsmedicijnen te laten inwerken. Dat moet bijtijds gebeuren. Doorwerken leidt tot matig functioneren. Dat innemen van medicijnen en even pauze nemen moet georganiseerd worden op het werk. Want anders moet de werknemer met migraine ziek naar huis, voor één tot drie dagen.

Aanbevelingen

4.1

Voorlichting en educatie over migraine, ook in de werksituatie, verdienen aanbeveling, wanneer gericht op mensen met migraine.

4.2

Investerings in voorlichting en educatie kunnen positieve effecten hebben op arbeidsverzuim en productiviteit. De kosten-baten balans hiervan is in te schatten door de werkgever.

4.3

Psychotherapeutische interventies zijn aan te bevelen als effectieve interventies, niet alleen bij de voor de hand liggende diagnoses als spanningshoofdpijn, ook bij migraine.

4.4

Het is sterk aan te bevelen de tijd te nemen voor het goed instellen op medicijnen, zowel voor de aanvalsaanpak als voor de vermindering van het aantal aanvallen (profylaxe).

4.5

Houd rekening met verminderde productiviteit tijdens dat instellen.

4.6

Eenmaal ingesteld is een ruimte en tijd nodig om de medicijnen - bijtijds - in te nemen, en de medicijnen in een rustige omgeving hun werk te laten doen.

4.7

Bij migraine gecombineerd met chronisch dagelijkse hoofdpijn en medicatie-overgebruik, inclusief migrainemiddelen, dient het medicatie-overgebruik aangepakt te worden

Hoofdstuk 5 Het optimaliseren van samenwerking rond en met de persoon met migraine

Behandeling van migraine is maatwerk, en dus sterk individueel toegesneden. Goede samenwerking tussen zorgprofessionals onderling en tussen zorgverleners en personen met migraine is gewenst.

Het is aannemelijk dat effectieve communicatie tussen de zorgprofessional en de persoon met migraine het empowerment en het zelfmanagement van de patiënt doet toenemen. Gedeelde besluitvorming ('shared decision making'), waarbij de patiënt zich medeverantwoordelijk voelt voor de therapie, zal de therapietrouw bevorderen. Het lijkt waarschijnlijk dat dit ook geldt voor patiënten met migraine.

Aanbevelingen

5.1

De zorgprofessional dient alert te zijn op terloopse meldingen van (episodische) hoofdpijn met verminderd functioneren op het werk door een werknemer met migraine.

Bij twijfel, complexiteit, comorbiditeit of onvoldoende specialisatie op het terrein van migraine, is verwijzing voor behandeling naar een hoofdpijnspecialist, bijvoorbeeld in een hoofdpijncentrum, geïndiceerd.

5.2

Een goede en voortdurende samenwerking tussen zorgprofessional en persoon met migraine op basis van wederzijdse communicatie en gezamenlijke besluitvorming (shared decision making) is sterk aan te bevelen om te komen tot de volgende zaken voor de persoon met migraine:

- de keuze van de juiste medicatie
- het verhogen van de therapietrouw
- het vergroten van het vertrouwen in de eigen capaciteiten en het zelfmanagement
- het beheersen van migrainebevorderende factoren op, rond of in het werk
- de toename van de patiënttevredenheid en de kwaliteit van leven.

5.3

De zorgprofessionals van een persoon met migraine streven ernaar zódanig met elkaar af te stemmen en samen te werken, dat deze samenwerking het zorgproces rond migraine ten goede komt en de persoon met migraine hiermee akkoord gaat.

Deze afstemming houdt in dat:

- Alle zorgprofessionals zich bewust zijn van hun professionele plek in de zorg van de werkende met migraine en weten wat hun eigen bijdrage in het zorgproces is.
- Alle zorgprofessionals van een werkende met migraine weten welke andere professionals rondom deze persoon met migraine werken en wat ieders bijdrage aan het zorgproces is.
- Zorgprofessionals van een werkende met migraine ervoor zorgen dat de werkende zelf alle gegevens heeft die van belang zijn in het zorgproces. De persoon met migraine moet dus inzage kunnen krijgen in de verslaglegging. Zorgprofessionals dienen wel na te gaan welk begrip de patiënt heeft over de informatie en daar - zo nodig - uitleg over te geven.

Hoofdstuk 6 Juridische aspecten rond arbeidsverzuim door migraine

Migraine leidt eerder tot periodieke ziekte-uitval dan tot langdurige uitval op het werk wegens arbeidsongeschiktheid. Contact met de bedrijfsarts zal dan ook meestal tot stand komen na frequent verzuim. De leden van de werkgroep zijn van mening dat de richtlijnen voor het geven van medische informatie voldoende aanknopingspunten bieden voor zorgvuldig handelen door alle actoren met respect voor de privacy van de (migraine)patiënt.

De leden van de werkgroep zijn tevens van mening dat het belang van relevante informatie-uitwisseling, gericht op behoud van arbeidsparticipatie van de werkende met migraine, in de gangbare richtlijnen over het omgaan met medische gegevens tussen zorgprofessionals onvoldoende aan bod komt. In het bijzonder het onderscheid tussen een verplicht en een vrijwillig spreekuurcontact met de bedrijfsarts geeft aanleiding tot verwarring over de aard van de (medische) informatie(uitwisseling) tussen alle actoren.

Aanbevelingen

6.1

Het verdient aanbeveling om een strategie te ontwikkelen waarmee de persoon met migraine meer eigen regie kan voeren over de informatie-uitwisseling tussen behandelend arts en bedrijfsarts/verzekeringsarts. Bijvoorbeeld door het beschikbaar stellen van schriftelijke informatie aan de patiënt ten behoeve van de andere zorgprofessionals.

6.2

Het verdient aanbeveling dat de behandelaar zich te allen tijde beperkt tot het verstrekken van feitelijke medische informatie, zonder suggesties met betrekking tot de geschiktheid voor bepaald werk.

6.3

De werkgroep adviseert aan de vereniging van bedrijfsartsen (NVAB) ondubbelzinnigheid te betrachten over de aard en het doel van het spreekuurcontact (verzuimbegeleiding versus arbeidsomstandighedenconsult) en de onderscheiden randvoorwaarden voor informatie-uitwisseling met alle actoren.

6.4

De werkgroep beveelt aan transparantie te bevorderen over de wijze waarop de bedrijfsarts of de verzekeringsarts de consequenties voor het functioneren van de persoon met migraine beoordeelt en vastlegt.

6.5

De werkgroep beveelt behandelaar en persoon met migraine aan om voorafgaand aan de verzending van opgevraagde medische gegevens met elkaar overleg te plegen.

6.6

De werkgroep beveelt alle zorgprofessionals aan om standaard, aan de persoon met migraine, een kopie te geven van de medisch opgevraagde en verstrekte gegevens.