

R4500(216)

140508

NIU 7 C21a

HOOFDBREKENS EN KOPZORGEN

**Epidemiologie en handelen van patient en huisarts bij
migraine en andere vormen van hoofdpijn**



bibliotheek
otterstraat 118-124
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729
bibliotheek@nivel.nl
www.nivel.nl

G. Donker
J. Hutten
D. Bijl
H. Flierman
J. van der Velden

oktober 1992

Nederlands instituut voor de eerstelijnsgezondheidszorg - NIVEL
Postbus 1568 3500 BN Utrecht
Telefoon: 030 319946

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK DEN HAAG

Donker, G.

Hoofdbreken en kopzorgen, epidemiologie en handelen van patiënt en huisarts bij migraine en andere vormen van hoofdpijn.

Auteurs: G. Donker, J. Hutten, D. Bijl, H. Flierman, J. van der Velden.

Utrecht, september 1992

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnszorg (NIVEL)

ISBN 90-6905-196-6

Trefwoorden: hoofdpijn, migraine, epidemiologie, huisartspraktijk

Typewerk: Christine Ruiters

Omslag: Mieke Cornelius

Drukkerij: Drukkerij Post

VOORWOORD

Hoofdpijn is een veelvoorkomende alledaagse klacht. Het wetenschappelijk onderzoek daaromtrent is echter bijzonder ingewikkeld, niet in het minst, omdat definities en classificaties niet eenduidig zijn.

In onderhavig onderzoek is de epidemiologie, het (h)erkennen en het handelen rond migraine en andere vormen van hoofdpijn op het niveau van de patiënt en huisarts bestudeerd. Doordat gegevens binnen dezelfde populatie verzameld zijn, is directe koppeling van de genoemde twee niveaus mogelijk. Dit heeft voor wat betreft migraine en andere vormen van hoofdpijn nog niet eerder plaatsgevonden.

Ondanks de complexiteit van de materie zijn duidelijke patronen zichtbaar geworden. Deze patronen hebben nieuwe vragen opgeroepen, die verdergaande analyses vergen.

Harald Abrahamse, Jan Gravestijn en Peter Spreeuwenberg willen wij bedanken voor het aanmaken van de vele bestanden, terwijl Christine Ruiters het rapport voortreffelijk vormgegeven heeft.

Gé Donker
Jack Hutten
Dick Bijl
Henk Flierman
Koos van der Velden

INHOUD

VOORWOORD

1. INLEIDING	1
1.1 Achtergrond	1
1.2 Epidemiologie van hoofdpijn	1
1.3 Beleid van de huisarts	4
1.4 Vraagstelling en opzet rapport	6
2. OPZET EN METHODE	9
2.1 Inleiding	9
2.2 De gebruikte gegevensbronnen	9
2.3 Analyse opzet en databewerking	15
2.4 Analysemethode	18
3. MIGRAINE EN ANDERE VORMEN VAN HOOFDPIJN IN DE BEVOLKING	21
3.1 Inleiding	21
3.2 Van alledaagse klacht tot hoofdpijnlijder	21
3.3 De patiënt	23
3.4 De rol van gezondheidsattent gedrag en pilgebruik	30
3.5 De rol van belastende levensgebeurtenissen	36
3.6 De relatie met psychisch onwelbevinden	40
3.7 Omgaan met hoofdpijn	42
3.8 Ziekteverzuim ten gevolge van hoofdpijnklachten	52
3.9 Samenvatting	58

4. MIGRAINE EN ANDERE VORMEN VAN HOOFDPIJN IN DE HUISARTSPRAKTIJK	63
4.1 Inleiding	63
4.2 Van hoofdpijn als klacht naar episode-gebonden informatie	63
4.3 De patiënt	72
4.4 Diagnostiek en behandeling	80
4.5 Verschillen tussen huisartsen in behandeling van hoofdpijn	86
4.6 De NHG-standaard Migraine	89
4.7 Samenvatting	89
5. TUSSEN BEVOLKING EN HUISARTSPRAKTIJK	91
5.1 Inleiding	91
5.2 De validiteit van de diagnose migraine/ernstige hoofdpijn	91
5.3 Hulpzoeken of er mee leven: een vergelijking tussen hoofdpijnpatiënten in de bevolking en in de huisartspraktijk	95
5.4 Determinanten van huisartsbezoek: de invloed van patiëntkenmerken	96
5.5 Samenvatting	103
6. SAMENVATTING EN BESCHOUWING	105
6.1 Samenvatting	105
6.2 Beschouwing	109

LITERATUUR

BIJLAGEN

- I Diagnostische criteria ICHPPC-2/IHS
- II De gebruikte indicatoren voor ervaren gezondheid
- III Factoranalyses
- IV Inclusielijst ICPC-codes voor psychosociaal gelabelde hoofdpijnklachten
- V Interdoktervariatie

1. INLEIDING

1.1 Achtergrond

Migraine is een veel voorkomend gezondheidsprobleem, dat zowel diep ingrijpt in het leven van de patiënt als aanleiding is tot veel verzuim van werk en school. De prevalentie cijfers in de bevolking variëren van 20-176 per 1000 personen (Foets & Sixma 1991, Post & Voorn 1990, Ferrari & Ertzen 1990, Bruyn 1992, Stewart, Lipton, Celetano & Reed 1992, Rasmussen, Jensen, Schroll & Olesen 1991). Evenwel moeten deze getallen met grote voorzichtigheid gehanteerd worden, daar de klinische entiteit migraine zeer moeilijk is af te bakenen (Lance 1988, Olesen & Edvinson 1988, Friedman, Finley, Graham, Kunkel, Ostfeld & Wolff 1962). Enerzijds wordt dit veroorzaakt door onbekendheid dan wel complexiteit van het pathofysiologisch substraat, terwijl anderzijds het klachtenpatroon veelal aspecifiek - een minderheid vertoont een klassiek klachtenpatroon - moet worden genoemd (Van de Lisdonk 1985). In een recent overzichtsartikel wordt nog eens bevestigd dat na 50 jaar onderzoek nauwelijks inzicht bestaat in de pathogenese van migraine (Blau 1992). Dit betekent dat migraine moeilijk afgrensbaar is van andere vormen van hoofdpijn (met name spanningshoofdpijn). Pas na verloop van tijd wordt aan de hand van inzicht in frequentie en aard van de hoofdpijnaanvallen duidelijk dat de diagnose migraine gesteld mag worden. Om kennis te verwerven in het voorkomen van migraine in de bevolking en de presentatie van dit probleem aan de huisartspraktijk zal dus ook gekeken dienen te worden naar aanverwante aandoeningen zoals hoofdpijn, spanningshoofdpijn, Hortonse neuralgie ('cluster headache') en naar psychosomatische aandoeningen.

1.2 Epidemiologie van hoofdpijn

Er zijn vele studies verricht naar de epidemiologie van hoofdpijn. Deze studies betreffen bevolkingsonderzoek of morbiditeitsregistraties in de huisartspraktijk. Bevolkingsonderzoek baseert zich meestal op vragenlijsten en een enkele keer op gestandaardiseerde afname van anamnese en lichamelijk onderzoek. Morbiditeitsregistratie in de huisartspraktijk beschrijft de diagnose zoals vastgesteld en benoemd door de huisarts, zij het onder wisselende omstandigheden (Van der Velden et al 1992). Deze verschillende methoden van dataverzameling zullen leiden tot verschillen in incidentie en prevalentie van hoofdpijn. Bovendien geldt dat de diagnostiek van hoofdpijn moeilijk is; de (arts-)onderzoeker is volledig aangewezen op de anamnese, lichamelijk en aanvullend onderzoek levert nauwelijks een bijdrage aan de diagnose. Voor

het overige moet rekening gehouden worden met het feit dat in de verschillende epidemiologische studies geen uniforme diagnostische criteria gehanteerd worden voor de diverse hoofdpijnvarianten. Dit alles bemoeilijkt de interpretatie van de uitkomsten.

De gegevens uit de gezondheidsenquête en het leefsituatie-onderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek zijn een goede illustratie van de problemen die hierbij kunnen optreden. Beide onderzoeken hanteren vragenlijsten, welke aan een steekproef van de bevolking zijn voorgelegd. Op basis van variatie in vraagstelling, dat wil zeggen de formulering van de vraag en de wijze waarop de mogelijke antwoorden gepresenteerd worden, zijn in de jaren '80 meer dan viervoudige verschillen ten aanzien van het voorkomen van migraine/ernstige hoofdpijn geconstateerd (Van den Berg & Van den Bos 1989). Toen vervolgens vanaf 1989 alleen naar het voorkomen van migraine (en niet meer naar ernstige hoofdpijn) gevraagd is, bleek de prevalentie aanzienlijk lager. Dit getal is sindsdien redelijk stabiel gebleven (CBS 1991-1992).

In 1988 heeft de International Headache Society (IHS) een classificatie van hoofdpijn geïntroduceerd (Headache Classification Committee of the International Headache Society 1988). Deze classificatie verschilt op diverse punten van de International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC) waarop de ICPC-classificatie is gebaseerd die in veel huisartsgeeneeskundig onderzoek wordt gebruikt (Lamberts & Wood 1987, International Classification of Health Problems in Primary Care 1983, Van der Velden, Schellevis & Van der Steen 1989, Lamberts 1991). Met name ten aanzien van de diagnose migraine worden uiteenlopende criteria gehanteerd. De verschillen tussen beide classificatiesystemen worden weergegeven in bijlage I. De belangrijkste verschillen betreffen:

1. Misselijkheid of braken en foto- of fonofobie krijgen in de IHS-criteria een belangrijker plaats toegekend dan in de ICHPPC.
2. Het eenzijdig optreden van de hoofdpijn krijgt minder accent in de IHS-criteria dan in de ICHPPC.
3. De duur van de aanval wordt in de IHS-criteria gekwantificeerd (4-72 uur).

De volgende studies zijn gebaseerd op de IHS-criteria.

In een recente studie in een steekproef van de volwassenen 25-64 jarige bevolking in Denemarken bedroeg de prevalentie van migraine gemeten door middel van afname anamnese en lichamelijk onderzoek onder mannen 6% en onder vrouwen 15% per jaar en in een recente studie uit de Verenigde Staten onder de leeftijdsgroep 12-80 jaar gemeten door middel van vragenlijsten was de prevalentie onder mannen 5.7% en onder vrouwen 17.6% per jaar (Rasmussen, Jensen, Schroll & Olesen 1991; Stewart, Lipton, Celentano & Reed 1992). In deze buitenlandse studies blijkt migraine bij vrouwen ongeveer drie maal zo prevalent als bij mannen en lopen vrouwen in de geslachtsrijpe leeftijd het hoogste risico. De corresponderende prevalentie voor spanningshoofdpijn in de Deense studie komt op 63% voor mannen en 86%

voor vrouwen per jaar.

De volgende studies hebben gebruik gemaakt van de ICHPPC-2 classificatie, die ontworpen is voor onderzoek in de huisartspraktijk. Naast de bovengenoemde diagnostische en classificatie problemen, is er in verband met dit type studie evenwel nog een reden waarom men de gegevens over incidentie en prevalentie van hoofdpijn uit de verschillende studies met de nodige sceptis dient te bezien. Slechts één op de dertig mensen met hoofdpijn consulteert daarvoor hun huisarts (Van de Lisdonk 1985). In Nederland blijken de meeste mensen hun hoofdpijn dus zelf te behandelen.

Uit het Transitieproject blijkt dat van de episoden, die gestart zijn met de klacht hoofdpijn, uiteindelijk 19% de episodenaam hoofdpijn krijgt, 11% de episodenaam spierspanningshoofdpijn en 4% de episodenaam migraine. De incidentie en prevalentie van spierspanningshoofdpijn in het Transitieproject bedragen resp. 7 en 10 per 1000 mensen per jaar; voor migraine bedragen deze getallen resp. 3 en 7 per 1000 mensen per jaar (Lamberts 1991).

De Continue Morbiditeits Registratie Nijmegen (CMR) leverde in de periode 1978-1982 een incidentie voor migraine op van 1,5 per 1000 mensen per jaar en een prevalentie van 5 per 1000 mensen per jaar (Van den Hoogen, Huygen, Schellekens, Straat & Van der Velden 1985).

De Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk (in het vervolg te noemen de Nationale Studie) heeft de volgende gegevens opgeleverd omtrent incidentie en prevalentie (Van der Velden, De Bakker, Claessens & Schellevis 1991):

Tabel 1.1 Incidentie en prevalentie van hoofdpijn/aangezichtspijn, migraine, cluster headache en spanningshoofdpijn in de huisartspraktijk per 1000 personen per 3 maanden naar geslacht.

	Incidentie			Prevalentie		
	Man	Vrouw	Totaal	Man	Vrouw	Totaal
Hoofdpijn/aangezichtspijn	1.2	1.9	1.6	3.5	7.0	5.3
Migraine	0.6	1.9	1.2	1.9	6.5	4.2
Cluster headache	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1
Spanningshoofdpijn	1.3	2.9	2.1	2.1	4.3	3.2
Totaal	3.1	6.7	4.9	7.6	17.9	12.8

Net als in de aangehaalde buitenlandse studies, is de prevalentie van migraine en andere vormen van hoofdpijn in Nederland voor vrouwen beduidend hoger dan voor mannen. De incidentie en prevalentie van spanningshoofdpijn zijn in de Nationale Studie laag ten opzichte van andere Nederlandse en buitenlandse studies (Lamberts 1991, Van den Hoogen et al 1985, Rasmussen et al 1991, Stewart et al 1992).

Zowel uit de aangehaalde Nederlandse als buitenlandse studies blijkt dat spanningshoofdpijn vaker gediagnosticeerd wordt dan migraine, doch dat veel hoofdpijnpatiënten noch duidelijk tot de ene, noch tot de andere categorie behoren. Tevens blijkt dat, hoewel de prevalentie van migraine in de diverse Nederlandse huisartspraktijkstudies consistent is deze, zoals verwacht, beduidend lager ligt dan in de aangehaalde buitenlandse bevolkingsonderzoekstudies. Wat zich in de Nederlandse bevolking aan migraine en andere vormen van hoofdpijn afspeelt, is grotendeels onbekend. De motivatie voor onderhavige studie komt voort uit de noodzaak meer inzicht te verkrijgen in ervaren hoofdpijn in de bevolking en de eventuele presentatie bij de huisarts.

1.3 Beleid van de huisarts

Algemeen

Als uitgangspunt voor het handelen van de huisarts dient zowel de diagnose migraine als de daaraan verwante aandoeningen genomen te worden. De huisarts weet immers pas na verloop van tijd of het de diagnose migraine dan wel andere vormen van hoofdpijn betreft.

Anamnestic spelen naast de - niet altijd obligate - kernsymptomen hoofdpijn, misselijkheid en braken de prodromata, zoals hyperactiviteit, depressief gevoel, moeheid, geeuwen, slaapbehoefte en trek in specifieke genotmiddelen een rol. Er dient ook inzicht verkregen te worden in hoeverre 'triggers' een rol spelen. Daartoe worden met name factoren gerelateerd aan leefstijl gerekend, zoals drankgebruik, koffie/thee gebruik, extreme sportinspanningen en vooral stress. Bij dit laatste moet onderscheid worden gemaakt tussen stresserende situaties en stress-reactie in de vorm van vitaliteit, spanning, depressie en uitputting (Spierings 1987, Van den Berg 1987). Nogal eens komt de migraine-aanval in de relaxatiefase na een stresserende situatie. Hormonale factoren zoals het optreden van migraine tijdens de eerste vier dagen van de menstruatie, de uiteenlopende effecten van onderdrukking van die menstruatie door bijvoorbeeld de 'pil' (40-50% van de migrainelijders krijgt meer en 20% minder aanvallen) en de gunstige invloed van zwangerschap verdienen eveneens aandacht (Spierings 1987, Carroll & Dalton 1986). Veel aandacht moet verder worden besteed aan de ernst van de hoofdpijn, omdat deze bepalend is voor de diagnose en de te volgen therapie.

Lichamelijk en ander diagnostisch onderzoek dient te worden verricht om specifieke aandoeningen (tumoren, vaatafwijkingen, neusbijholte ontstekingen, gebitsproblemen) uit te sluiten.

De belangrijkste pijlers van behandeling, die in het algemeen op (acute) klachten is georiënteerd, zijn begrip verkrijgen voor de situatie van de patiënt, uitleg en advies geven over het belang van geregelde leefstijl, dat genezing (nog) niet mogelijk is en medicamenteuze therapie in de vorm van couperen van de aanval of profylaxe. Men moet hierbij beseffen dat patiënten

al vaak een lang traject van zelfdokteren achter de rug hebben en van de arts eerder geruststelling dan prescriptie op prijs stellen (Post 1985). Doordat tot op heden geen enkele medicamenteuze therapie 100% effectief is gebleken, wordt juist op het terrein van migraine aan farmacotherapeutisch overleg tussen huisartsen en apothekers veel waarde gehecht (Van Lieshout, De Kind 1992). Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft het afgelopen jaar richtlijnen ontwikkeld voor behandeling door de huisarts, de zgn. NHG-standaard "migraine". Daarin worden de nieuwe therapeutica als flunarizine en sumatriptan belicht (Bartelink et al 1991).

De NHG-standaard 'migraine'

In 1991 verscheen de 'migraine NHG-standaard'. Deze bevat richtlijnen voor de huisarts voor diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met migraine, die ouder zijn dan 18 jaar (Bartelink et al 1991). In de standaard wordt ervan uitgegaan dat "chronisch-recidiverende hoofdpijn" een continuüm vormt met aan de ene zijde migraine en aan de andere zijde spierspanningshoofdpijn; bij een patiënt kunnen gelijktijdig meerdere typen hoofdpijn voorkomen. Migraine wordt als aparte diagnose onderscheiden: herhaalde aanvallen (langer dan 4 en korter dan 72 uur) van matige tot heftige, bonzendende hoofdpijn met misselijkheid en/of braken. Ondersteunende kenmerken zijn: aura, eenzijdige pijn, foto- en fonofobie, positieve familie-anamnese. Onder spierspanningshoofdpijn wordt verstaan een drukkende of klemmende hoofdpijn zonder misselijkheid of braken, die minuten tot dagen duren kan. Kenmerken die de diagnose ondersteunen zijn: geringe tot matige pijn, tweezijdigheid, geen verergering bij lichamelijke inspanning.

De diagnose migraine kan uitsluitend op anamnestiche gronden gesteld worden, er is geen medische reden voor lichamenlijk en/of aanvullend onderzoek. Als de patiënt zich zorgen maakt en als de diagnose nog niet vaststaat, wordt geadviseerd een duidelijke vervolgspraak te maken. Een hoofdpijndagboek kan een nuttige rol spelen in het diagnostische proces (Post 1990).

De behandeling van migraine bestaat uit 3 onderdelen: voorlichting, niet-medicamenteuze en medicamenteuze therapie. In de voorlichting wordt de ontstaanswijze van migraine besproken en de (bij)werking van therapie. Benadrukt wordt dat migraine een chronische, zeer pijnlijke maar onschadelijke aandoening is. Onderdelen van de niet-medicamenteuze behandeling zijn het bespreken van provocerende factoren, levens- en/of houdingsproblemen. Er is geen wetenschappelijke basis voor een dieetadvies en de effecten van fysiotherapie zijn onvoldoende onderzocht.

De medicamenteuze therapie bij 'premonitory signs' bestaat uit het voorschrijven van metoclopramide 3 dd. 10 mg of domperidon 3 dd. 10 mg in een orale gift.

De migraine-aanval wordt behandeld met metoclopramide 10 mg of domperidon 10 mg oraal, na 30 minuten gevolgd door carbasalaatcalcium 1200 mg

of paracetamol 1000 mg (bij onvoldoende pijnstillend effect ibuprofen of naproxen oraal). Indien deze behandeling onvoldoende effect heeft, wordt ergotamine 1 mg rectaal voorgeschreven. Dit tot een maximum van 4 mg op dagbasis en 8 mg op weekbasis. Geadviseerd wordt geen herhaalreceptuur voor ergotamine telefonisch voor te schrijven.

Profylactische behandeling van migraine-aanvallen (bij meer dan 2 aanvallen per maand) bestaat uit propranolol 2 dd. 40-80 mg of pizotifeen 1,5 mg a.n. of clonidine 1-2 dd. 0,025- 0,05 mg. Indien profylactische medicamenten zijn voorgeschreven worden controle afspraken gemaakt na 2 weken ter beoordeling van eventuele bijwerkingen en na 4 weken om de effectiviteit te beoordelen.

Verwijzing naar een neuroloog is slechts aangewezen bij sterke diagnostische twijfel; zo nodig wordt een consultatie afgesproken indien de patiënt zich grote zorgen maakt.

Aan het spectrum van medicamenteuze therapie is sinds 1991 het nieuwe middel sumatriptan toegevoegd. Het middel is de eerste selectieve 5HT₁-agonist, waarvan veel heil, dat wil zeggen meer effect bij minder bijwerkingen, in vergelijking met de bestaande middelen wordt verwacht. De voorlopige plaats van dit middel is in het nieuwe Farmacotherapeutisch Kompas en in een recent overzichtsartikel omtrent de behandeling van migraine aangegeven (Lance 1992, Van Luyn 1992). Een overzichtsartikel over sumatriptan is verschenen in het tijdschrift "Drugs" (Dechaut K.L. en Clissold S.P. 1992).

1.4 Vraagstelling en opzet rapport

Dit onderzoek richt zich op het voorkomen en de behandeling van (klachten over) migraine en andere vormen van hoofdpijn. In het onderzoek staan zowel de patiënt als de huisarts centraal. Op geleide van de bestudeerde literatuur met betrekking tot migraine en andere vormen van hoofdpijn en beschikbaarheid van gegevens in de Nationale Studie is de volgende selectie van onafhankelijke variabelen gemaakt (zie schema). Met betrekking tot de patiënt gaat het hierbij met name om het voorkomen van de betreffende klachten in de populatie, uitgesplitst naar sociaal-demografische en andere kenmerken, en het ziektegedrag, zoals wat doet men met zijn klachten? Tevens zal aandacht besteed worden aan aspecten zoals arbeidsverzuim, zich houden aan leefregels, zelfmedicatie en het hulpzoekgedrag van de patiënten. Met betrekking tot de huisarts wordt vooral gekeken naar de presentatie van klachten door de patiënt, de diagnosestelling en het handelen van de huisarts.

Schema relevante factoren voor analyse materiaal Nationale Studie met betrekking tot migraine en andere vormen van hoofdpijn.

Gezondheidsattent gedrag:

alcoholgebruik
koffiegebruik
roken
sport

Sociaal demografische kenmerken:

leeftijd
geslacht
sociaal economische status
leefsituatie

Hormonale factoren:

pilgebruik

Comorbiditeit:

klachten
neven/onderliggende ziekten

Stress:

'general health questionnaire'
'stressfull life events'

Handelen huisarts:

diagnostiek
niet-medicamenteuze therapie
medicamenteuze therapie
vervolgafspraken

Handelen patiënt:

rust nemen
zelfmedicatie
arbeidsverzuim

De volgende onderzoeksvragen zijn geformuleerd:

- 1a. Wat is het voorkomen van klachten, die benoemd zijn als migraine en andere vormen van hoofdpijn in de populatie, al of niet in combinatie met andere aandoeningen (comorbiditeit), gespecificeerd naar leeftijd, geslacht, sociaal-demografische kenmerken.
- 1b. Wat is de rol van gezondheidsattent gedrag, pilgebruik en belastende levensgebeurtenissen en de relatie met psychisch onwelbevinden bij patiënten met migraine/ernstige hoofdpijn.
2. Hoe kan het hulpzoekgedrag van patiënten met klachten die benoemd zijn als migraine en andere vormen van hoofdpijn worden beschreven in termen van afwachten, leefregels, zelfmedicatie, geneesmiddelengebruik en bezoek aan hulpverleners?
- 3a. Wat is het voorkomen van klachten die benoemd zijn als migraine en andere vormen van hoofdpijn in de huisartspraktijk, al of niet in combinatie met andere aandoeningen (co-morbiditeit), gespecificeerd naar leeftijd, geslacht en sociaal-demografische gegevens?
- 3b. Zijn er verschillen tussen praktijken/huisartsen met betrekking tot het voorkomen van migraine en andere vormen van hoofdpijn?

- 4a. Welke interventies verricht de huisarts bij dergelijke klachten?
- 4b. Hoe verhoudt het handelen van de huisarts zich tot de NHG-standaard migraine?
- 4c. Zijn er verschillen tussen praktijken/huisartsen in de behandeling van migraine en andere vormen van hoofdpijn?

- 5a. In hoeverre is het percentage patiënten, dat migraine claimt te hebben, bekend met deze aandoening bij de huisarts?
- 5b. In hoeverre presenteren patiënten met hoofdpijnklaften en door welke factoren wordt dat bepaald?

Het rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 worden de gebruikte gegevensbronnen nader toegelicht. Vervolgens worden de gepleegde selecties en bewerkingen en de gebruikte analysemethoden verantwoord. De resultaten worden beschreven in drie hoofdstukken. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op het voorkomen van klachten, die benoemd zijn als migraine en andere vormen van hoofdpijn zoals gemeten in de populatie. Daarbij wordt stil gestaan bij het optreden van comorbiditeit en de relaties met leefsituatie, sociaal-economische kenmerken, gezondheidsattent gedrag, pilgebruik en belastende levensgebeurtenissen, en psychisch onwelbevinden. Tot slot wordt hierin beschreven hoe men met hoofdpijn omgaat. In hoofdstuk 4 wordt besproken op welke wijze (d.i. met welke klachten), wanneer en hoe vaak migraine en andere vormen van hoofdpijn aan de huisarts gepresenteerd wordt, hoe de huisarts tot zijn diagnosestelling komt en welke therapeutische acties ondernomen worden. Dit wordt gelegd naast de recent verschenen NHG-standaard 'Migraine'. Wat betreft de typologie van migraine en andere vormen van hoofdpijn is gestreefd naar gelijkende categorieën in de hoofdstukken 3 en 4.

In hoofdstuk 5 wordt beschreven welk percentage van de migrainepatiënten nu onder behandeling van de huisarts is, waarbij gekeken is in hoeverre de opgave van de patiënt, "ik lijd aan migraine en/of ernstige hoofdpijn" door de huisarts bevestigd is.

In het slothoofdstuk worden de resultaten samengevat en in een beschouwing geïntegreerd en besproken.

2. OPZET EN METHODE

2.1 Inleiding

Voor een beantwoording van de vraagstellingen is een secundaire analyse verricht op de gegevens van de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk, waarvoor in de periode april 1987 tot en met maart 1988 gegevens zijn verzameld (Bensing, Foets, Van der Velden & Van der Zee 1991). De algemene opzet van de Nationale Studie wordt besproken in paragraaf 2.2 evenals de in dit onderzoek gebruikte meetinstrumenten. In paragraaf 2.3 wordt de analyse-opzet voor het onderzoek beschreven en wordt ingegaan op de gemaakte selecties en bewerkingen. De gebruikte analysemethoden worden beschreven in paragraaf 2.4.

2.2 De gebruikte gegevensbronnen

Algemene opzet

Aan de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk hebben 161 gevestigde huisartsen en 193 praktijkassistentes, werkzaam in 103 huisartspraktijken deelgenomen. Deze zijn geworven op basis van een aselechte niet-proportioneel gestratificeerde steekproef uit de Nederlandse huisartspopulatie per 1-1-1985. Stratificatievariabelen zijn regio, urbanisatiegraad en afstand van de praktijk tot het ziekenhuis. In deze praktijken is een contactregistratie, een patiëntregistratie en een patiëntenquête met aansluitend een gezondheidsdagboek uitgevoerd.

- Ten behoeve van de contactregistratie zijn de huisartspraktijken (rekening houdend met de stratificatievariabelen) aselekt in vier groepen verdeeld. Iedere groep heeft gedurende drie maanden een registratie van alle contacten van patiënten met huisarts of praktijkassistente bijgehouden. De eerste registratieperiode begon op 1 april 1987. De vier opeenvolgende registratieperiodes sloten direct op elkaar aan zodat precies één jaar is geregistreerd. Er zijn in totaal 386.000 contacten geregistreerd.
- De patiëntregistratie omvat een registratie van alle bij de participerende huisartspraktijken ingeschreven patiënten, waarbij een aantal socio-demografische kenmerken zijn opgenomen. Er zijn op deze wijze ruim 330.000 patiënten vastgelegd. Daarvan heeft ruim 91% een registratieformulier ingevuld.

- De patiëntenquête omvat mondelinge interviews die gehouden zijn onder een steekproef van 100 patiënten per participerende huisarts. Bij een respons van 76% bedraagt het aantal personen, die hebben deelgenomen aan deze enquête, circa 13.000. Wat betreft geslacht zijn de verschillen tussen de respondenten en de Nederlandse bevolking van dat moment minimaal. Er zijn wel kleine verschillen in leeftijdsopbouw. Het aantal respondenten tussen 25 en 44 jaar is licht oververtegenwoordigd, terwijl 65-plussers en 15-24 jarigen licht ondervertegenwoordigd zijn in vergelijking met de Nederlandse populatie. Aansluitend aan het interview hebben de respondenten gedurende drie weken een gezondheidsdagboek bijgehouden. Uiteindelijk hebben 11.038 personen dit dagboek ingevuld, hetgeen een respons van 85% inhoudt. Bij de interpretatie van de resultaten moet er rekening mee gehouden worden, dat drie weken registratie relatief kort is voor een in intensiteit sterk wisselende aandoening als migraine.

Voor een uitvoerige bespreking van de opzet van de Nationale Studie, de respons en alle gebruikte meetinstrumenten wordt verwezen naar Foets & van der Velden (1990).

Ten behoeve van onderhavig onderzoek is recent materiaal verzameld in 11 praktijken van de Nationale Studie teneinde inzicht te verkrijgen in hoeverre de claim van de patiënt in de patiëntenquête, dat deze lijdt aan migraine/ernstige hoofdpijn, in de huisartspraktijk bevestigd wordt door registratie op de groene kaart.

Hieronder zal nader op de inhoud van de bovenvermelde, voor dit onderzoek relevante meetinstrumenten worden ingegaan.

Contactregistratie

Van elk contact met de huisartspraktijk zijn de door de patiënt gepresenteerde problemen en daaruit voortvloeiende interventies vastgelegd door de huisarts of praktijkassistente.

De door de huisarts vastgestelde diagnoses/werkhypothesen en onderliggende ziekten zijn genoteerd. De praktijkassistente noteerde de in een eerder contact door de huisarts vastgestelde diagnose. Er is geen gebruik gemaakt van diagnostische criteria. De genoteerde diagnoses zijn centraal gecodeerd volgens de International Classification of Primary Care (ICPC) door getrainde en merendeels medisch geschoolde veldwerkers, zonodig in overleg met de betreffende huisarts. Dit systeem laat classificatie toe van reden van komst naar en diagnose/werkhypothese in de huisartspraktijk. Verschillende contacten van een patiënt met de huisartspraktijk die allen betrekking hebben op dezelfde aandoening zijn samengebracht tot een episode (Foets & Van der Velden 1990).

De aan deze episoden gerelateerde interventies zijn lichamelijk onderzoek, laboratorium- en röntgendiagnostiek binnen en buiten de huisartspraktijk, gespreksvoering (incl. voorlichting), medisch-technische verrichtingen, voorschrijven van geneesmiddelen, verwijzen binnen de eerste lijn resp. naar de tweede lijn, overleg naar aanleiding van het contact en vervolgspraken.

Ten behoeve van de geneesmiddelen is gebruik gemaakt van de internationale ATC-classificatie (Nordic Council 1990).

Patiëntregistratie

Over alle patiënten van deelnemende huisartsen is door middel van een patiëntregistratie informatie verkregen (Foets & Van der Velden 1990). Leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm waren over het algemeen al bij de huisarts bekend. Andere informatie, zoals burgerlijke staat, samenlevingsverband, opleiding, werksituatie en beroep, woonsituatie en mobiliteit is door middel van een door de patiënt ingevuld formulier verkregen. Voor dit onderzoek zijn de variabelen leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en samenlevingsverband (=samen leefsituatie), opleiding, werksituatie en beroep van belang. Door partiële non-respons liggen de uiteindelijke responspercentages per item lager dan de totale respons (91%): bij leefsituatie op 85%, werksituatie op 86%, bij beroep en opleiding op 79%. Voor wat betreft de beroepscodering is gebruik gemaakt van de CBS-beroepsclassificatie, waar de zogenoemde EGP-klassenindeling op toegepast kan worden. Deze naar de auteurs (Erikson, Goldthorpe & Portocarero) vernoemde indeling is internationaal aanvaard en brengt het aantal klassen tot overzichtelijke proporties terug (Ganzeboom et al. 1987). De operationalisaties van de diverse determinanten lopen parallel aan die in het Basisrapport "Morbiditeit in de huisartspraktijk" (Van der Velden et al 1991).

Patiëntenquête

Met behulp van de patiëntenquête is inzicht in de gezondheid en medische consumptie van de populatie van deelnemende huisartspraktijken verkregen. Het ontwerp van deze patiëntenquête vertoont grote gelijkenis met de structuur van de CBS-gezondheidsenquête (Van Sonsbeek & Stronkhorst 1983). Dit houdt in dat het consulteren van verschillende hulpverleners en gezondheidsvoorzieningen centraal staat. Daarnaast is een groot aantal vragen opgenomen over de gezondheidstoestand en determinanten. Wat betreft methodiek en inhoud zijn er ook verschillen tussen de enquête van het CBS en de enquête van de Nationale Studie. De voor dit onderzoek relevante verschillen zijn:

- het CBS enquêteert huishoudens, terwijl in de Nationale Studie individuele personen zijn geënquêteerd;

- het CBS trekt een steekproef uit de bevolking, terwijl in de Nationale Studie een steekproef is getrokken van patiënten die zijn ingeschreven bij huisartsen;
- de indicatoren voor gezondheid en ziekte zijn deels verschillend (zie verder)
- het CBS heeft personen onder de 15 jaar niet geënquêteerd, terwijl in de Nationale Studie bij personen onder de 15 jaar gebruik is gemaakt van proxi-interviews.

De enquête is samengesteld uit zes hoofdcomponenten, namelijk indicatoren voor gezondheid en ziekte, ziektegedrag en medische consumptie, sociaal-demografische variabelen, indicatoren van gezondheidsattent gedrag, attitudes en meningen en tot slot sociale netwerken, sociale steun en levensgebeurtenissen. Voor dit onderzoek zijn de indicatoren voor gezondheid en ziekte, de sociaal-demografische kenmerken, de indicatoren voor gezondheidsattent gedrag en levensgebeurtenissen van belang.

Bij de indicatoren voor gezondheid en ziekte betreft het door de respondenten ervaren en gerapporteerde gezondheidstoestand. De subjectieve ervaring van de patiënt staat dus centraal. De volgende indicatoren van gezondheid en ziekte zijn voor dit onderzoek relevant (Bijlage IIa).

1. gezondheidstoestand

Als algemene indicator is de inschatting van de eigen gezondheid opgenomen. In veel onderzoek blijkt deze indicator een belangrijke voorspeller te zijn van voorzieningengebruik en gezonde levensverwachting (Adriaanse et al. 1981; Van den Bos et al. 1986; Programmatie 1978; Fürer en Tax 1987).

2. acute klachten

Gebruik is gemaakt van een door het Nivel ontworpen lijst van acute klachten, waarop men kon aangeven of men daarvan in de 14 dagen voorafgaand aan het interview last had gehad. Vanwege de schaal van de Nationale Studie is in tegenstelling tot andere onderzoeken niet voor een open vraag gekozen (Programmatie 1978; Fürer & Tax 1987). De onderhavige lijst omvat de meest voorkomende acute klachten van de genoemde onderzoeken.

3. chronische aandoeningen

De lijst met chronische aandoeningen is gebaseerd op het onderzoek van Van den Bos et al.(1986). De chronische aandoeningen zijn onderscheiden naar de mate van ernst aan de hand van de volgende indeling (Van de Lisdonk 1990): lichte, matig ernstige en ernstige chronische aandoeningen.

Eén van de chronische aandoeningen, waarnaar gevraagd wordt betreft migraine/ernstige hoofdpijn. Het is voorstelbaar dat in deze categorie vele varianten van hoofdpijn, waaronder migraine, opgenomen zijn. Een nadere operationalisatie van het begrip migraine is hiervoor dus nodig (zie paragraaf 2.3).

4. General health questionnaire (GHQ)

Voor het opsporen van personen, die mogelijk psychiatrische problematiek hebben, is gebruik gemaakt van de General Health Questionnaire, 30-item versie. Deze is door Goldberg ontworpen (Goldberg 1972) en ook gebruikt in het Regioproject in Nijmegen (Fürer & Tax 1987). Personen met vijf of meer positieve antwoorden uit de lijst met voorgelegde vragen, hebben een grotere kans op psychiatrische aandoeningen. De GHQ is alleen gebruikt in de analyses van personen van 15 jaar en ouder.

In de enquête zijn de volgende *sociaal-demografische kenmerken* gevraagd: leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, aanwezigheid partner/kinderen, werksituatie/inkomensbron, beroep, opleiding en inkomen. In vergelijking met de patiëntregistratie is alleen de inkomensvraag extra, terwijl de opleiding uitgebreider is gevraagd.

Op geleide van de literatuur is de verdeling naar leeftijd en geslacht (en voor vrouwen in de vruchtbare leeftijd naar pilgebruik), naar huishoudinkomen en naar opleidingsniveau bestudeerd. Vervolgens kijken we ook naar twee andere aspecten van de omstandigheden waarin men verkeert: werksituatie en leefsituatie. Vijf 'werksituaties' worden onderscheiden: men heeft betaald werk, werkt in het huishouden, volgt dagonderwijs, leeft van een uitkering of van een pensioen. Drie 'leefsituaties' worden onderscheiden: men is alleenstaand, vorm een paar of is lid van een gezin. Alleenstaand is men als men zelf hoofd van het huishouden is en er geen andere personen tot het huishouden behoren. Lid van een paar is men als er twee personen tot het huishouden behoren, en de relatie van de tweede persoon tot het hoofd, die van echtgenoot of vaste partner is. Lid van een gezin is men in alle andere gevallen.

De volgende indicatoren voor *gezondheidsattent gedrag* zijn gehanteerd: alcohol- en koffiegebruik, roken en sporten. Enigszins los hiervan is het pilgebruik van 16-50 jarige vrouwen meegenomen in de analyse.

Wat betreft het alcoholgebruik is gevraagd of men de afgelopen zes maanden alcoholhoudende drank heeft gedronken. Zo nee, dan geldt men als niet-drinker. Zo ja, dan is vervolgens gevraagd hoe vaak men drinkt: elke dag, bijna elke dag, alleen in het weekend, of alleen bij speciale gelegenheden. Vervolgens is gevraagd hoe veel glazen men gemiddeld per dag, per week of per maand gebruikt. De frequenties en (omgerekende) gemiddelden per

dag zijn gecombineerd tot drinkpatronen van de zeer lichte, lichte, matige en zware drinker (Van Baar & Foets 1991). De zeer lichte drinker gebruikt alleen bij speciale gelegenheden met een omgerekend gemiddelde van 0 tot 2 glazen per dag. De lichte drinker gebruikt alleen in het weekend of (bijna) elke dag met een omgerekend gemiddelde van 0 tot 2 glazen per dag, dan wel alleen bij speciale gelegenheden of in het weekend met een omgerekend gemiddelde van 2 tot 4 glazen per dag dan wel alleen bij speciale gelegenheden met een omgerekend gemiddelde van vier of meer glazen per dag. De matige drinker gebruikt (bijna) elke dag met een gemiddelde van 2 tot 4 glazen, dan wel alleen in het weekend met een omgerekend gemiddelde van 4 of meer glazen per dag. De zware drinker gebruikt (bijna) elke dag met een gemiddelde van 4 of meer glazen.

Wat betreft het koffiegebruik is gevraagd of men koffie drinkt, en zo ja, hoeveel koppen gemiddeld per dag. Er is een indeling naar het aantal koppen koffie per dag gemaakt.

Wat betreft het roken is gevraagd of men rookt, en zo ja hoeveel stuks gemiddeld per dag van sigaretten, shag, sigaren of pijp. Alleen sigaretten en shag worden soms door dezelfde persoon gerookt. De sigaren en pijprokers vormen 5.5% van de rokers en zijn in de analyses buiten beschouwing gelaten. Er is een indeling naar het aantal sigaretten (shag) per dag gemaakt.

Wat betreft het sporten tenslotte is gevraagd of men zich op actieve wijze bezighoudt met sportbeoefening en zo ja, hoeveel uren men daaraan doorgaans per week of per maand besteedt. Er is een verdeling naar het aantal uren sport per week gehanteerd.

Aansluitend aan gezondheidsattent gedrag is aan vrouwen van 16-50 jaar gevraagd: "Gebruikt u als voorbehoedmiddel de pil?" Wel of geen *pilgebruik* in specifieke leeftijdscategorieën is als analyse-eenheid gehanteerd.

Rond levensgebeurtenissen is gevraagd of mensen in het al dan niet recente verleden een *belastende levensgebeurtenis* ('stressful life event') hebben meegemaakt. Aan de ondervraagden is een lijst met 33 gebeurtenissen voorgelegd met het verzoek aan te strepen of men ieder van die gebeurtenissen, ja dan neen, in de afgelopen 12 maanden heeft meegemaakt (Bijlage IIb). Het is goed te beseffen dat deze lijst geen stress meet, maar mogelijke stresserende situaties inventariseert.

Gezondheidsdagboek

Aan de personen die hebben meegewerkt aan de patiëntenquête is verzocht gedurende drie weken een gezondheidsdagboek bij te houden. Voor elke dag is een aparte bladzijde voorzien (Bijlage IIc). Eerst zijn er drie algemene vragen hoe men zich die dag voelt. Daarna wordt gevraagd of men die dag klachten over de gezondheid heeft. Wanneer dit niet zo is, hoeft over die dag niets meer ingevuld te worden. Indien er wel klachten zijn is eerst gevraagd hoe men deze klachten ervaart. Tenslotte is gevraagd wat men die dag aan deze klachten heeft gedaan, zoals rusten, eigen middeltje of voorgeschreven geneesmiddel ingenomen.

Koppeling gegevens patiëntenquête/contactregistratie/groene kaart in de praktijk

Aan de ene kant beschikken we nu over informatie uit de populatie en aan de andere kant uit de huisartspraktijk. Het is van belang om deze informatiebronnen met elkaar te vergelijken om te bestuderen wie de huisartspraktijk bezoekt en waarvoor. Om dit op een juiste wijze te kunnen doen, is het noodzakelijk inzicht te verkrijgen in hoeverre de claim van de patiënt dat deze lijdt aan migraine/ernstige hoofdpijn, bevestigd wordt door de diagnose van en registratie door de huisarts. Recent is daarvoor bij een elftal praktijken, die participeerden aan de Nationale Studie, materiaal verzameld. Op basis van de verslaglegging (groene kaart e.d.) van de huisarts van patiënten die aan de enquête deelgenomen hebben en opgaven te lijden aan migraine/ernstige hoofdpijn is gecheckt of dit wederzijds bekend was. Daartoe is een indeling in de tijd gemaakt van vóór, tijdens en ná de contactregistratie van de Nationale Studie. Vervolgens zijn deze verzamelde gegevens gelegd naast de gegevens uit de contactregistratie, met als doel inzicht in volledigheid van rapportage te verwerven (Bijlage IIId).

2.3 Analyse-opzet en databewerking

In dit onderzoek gaat het om het verwerven van inzicht in het voorkomen van migraine en andere vormen van hoofdpijn in de bevolking, wat men daar zelf aan doet, wat aan de huisarts gepresenteerd wordt, hoe deze handelt en hoe dit alles met elkaar samenhangt. Dit kan men in het volgende schema tot uitdrukking brengen:

Figuur 2.1.

ervaren
gezondheids- ----> zelfzorg ----> professionele -----> diagnose -----> therapie
probleem
vraag om
hulp

Elk van deze fasen in het hulpverleningsproces wordt beïnvloed door allerlei factoren. Het ontstaan en (h)erkennen van het gezondheidsprobleem, het zelf oplossen daarvan, de weg naar en in de gezondheidszorg worden bepaald door biologisch-genetische factoren, maatschappelijke factoren, opvattingen en leefgewoonten, en factoren gerelateerd aan de zorg.

Binnen het onderhavige onderzoek zijn deze aspecten op een groot aantal facetten te analyseren. Te weten: het ontstaan en (h)erkennen van het gezondheidsprobleem, het zelf oplossen door middel van gegevens uit patiëntenquête en gezondheidsdagboek en de weg naar en in de gezondheidszorg vooral door middel van de contact- en patiëntregistratie. Dit zijn evenwel verschillende gegevensbronnen, waarin indicatoren deels verschillend geoperationaliseerd zijn. Om de diverse gegevensbronnen vergelijkbaar te maken zal in de eerste plaats het begrip migraine en andere vormen van hoofdpijn nader beschreven moeten worden.

In paragraaf 2.2 is vermeld dat aan de personen in de praktijkpopulatie middels de patiëntenquête de vraag is voorgelegd of men aan migraine/ernstige hoofdpijn lijdt. Zoals gezegd omvat dit zowel personen die lijden aan migraine als personen met varianten van ernstige hoofdpijn. Om te bezien of vanuit de groep personen die aangeeft te lijden aan migraine/ernstige hoofdpijn, een zinvolle indeling van patiëntcategorieën valt te maken, is gekeken of een samenhangend klachtenpatroon gevonden kon worden.

Daartoe is een factoranalyse uitgevoerd op de acute klachten uit de lijst in de patiëntenquête, zoals gerapporteerd door de groep personen die aangeeft te lijden aan migraine/ernstige hoofdpijn. Daarbij dient rekening gehouden te worden met het feit dat een aantal specifiek op migraine en andere vormen van hoofdpijn toegesneden klachten, zoals aura, fotofobie en fonofobie op voornoemde lijst ontbreken. Er zijn twee varianten met betrekking tot de factoranalyse uitgevoerd; die waarbij patiënten met hoofdpijn als acute klacht zijn opgenomen en die waarbij patiënten met hoofdpijn als acute klacht zijn weggelaten. Factoranalyse is in zijn meest gangbare vorm met principale componenten oplossing, eigenwaarde groter dan 1 en varimax-rotatie, zonder gedwongen n-factor oplossing, gehanteerd. De klachten die met meer dan .40 laden worden meegenomen.

De factoranalyse met hoofdpijn als acute klacht levert 12 factoren op en die zonder hoofdpijn als acute klacht 13 factoren (Bijlage III:tabellen a-d). Terwijl de samenstelling van de factoren ongeveer gelijk is, is de volgorde van de factoren wat betreft de proportie verklaarde variantie in de 2 analyses wisselend. De factoranalyse zonder hoofdpijn als acute klacht geeft voor ons onderzoek de meest ondersteunende uitslag. De groep klachten in factor 1 houden verband met problemen van psychosociale aard, de groep klachten in factor 2 met problemen van het bewegingsapparaat, de groep klachten in factor 3 met de vegetatieve functie, de groep klachten in factor 4 met de bovenste luchtwegen, terwijl de overige factoren te weinig kracht bezitten om mee te tellen. Op basis van de vooronderstelling dat de samenhang van

deze klachten overeenkomt met bekende klinische beelden zou een verdeling van de groep personen, die aangeeft te lijden aan migraine/ernstige hoofdpijn als volgt kunnen zijn:

factor 1: groep psychosociaal georiënteerde hoofdpijn;

factor 2: groep spierspanning gerelateerde hoofdpijn;

factor 3: groep vegetatieve functie gerelateerde hoofdpijn;

De vierde factor sluit niet aan bij de vraagstelling van dit onderzoek en is verder buiten beschouwing gelaten.

Deze op statistisch toeval verkregen indeling sluit wel aan bij de gangbare indeling van hoofdpijnvormen te weten 'niet in te delen hoofdpijn', spierspanningshoofdpijn en migraine (Bartelink e.a. 1991).

Ondanks alle beperkingen, die in deze analyse liggen opgesloten, menen we toch dat de gepresenteerde indeling het meest de werkelijke samenstelling van de diverse hoofdpijncategorieën benadert. Dientengevolge zal deze indeling dan ook gehanteerd worden ten behoeve van de analyses van gegevens uit de patiëntenquête.

In het gezondheidsdagboek zijn alleen klachten per dag geregistreerd, zonder dat daaruit valt af te leiden of deze mensen aan migraine en andere vormen van hoofdpijn lijden. Dit kan alleen in samenhang met de zojuist besproken gegevens uit de patiëntenquête.

In de contactregistratie kunnen migraine en andere vormen van hoofdpijn als volgt afgebakend worden. Per contact is/zijn één of meerdere contactreden(en) en diagnose(s) of werkhypothese(s) genoteerd en gecodeerd in de International Classification of Primary Care (ICPC) (Lamberts & Wood 1987).

Deze contacten zijn op hun beurt ondergebracht in episoden. Een episode is een periode van ziek-zijn bij een patiënt over de hele periode van ontstaan tot de oplossing ervan. In de contactregistratie van de Nationale Studie betekent dit van het eerste tot het laatste contact in de huisartspraktijk binnen de grenzen van de drie maanden registratie. In een episode kunnen één of meerdere contacten tussen huisarts en patiënt plaatsvinden. Veel werkhypothesen zullen in de loop van een episode uitkristalliseren tot een definitieve diagnose. De diagnose, die in het laatste contact tussen huisarts en patiënt van de betreffende episode in de registratieperiode is gesteld, wordt aangehouden als de diagnose van de gehele episode. Daar de registratieduur van de Nationale Studie is beperkt tot 3 maanden, houdt dit noodzakelijkerwijze in dat in een aantal episoden nog geen definitieve diagnose is gesteld, omdat een episode bijvoorbeeld na drie maanden nog niet beëindigd is.

De selectie van patiënten voor de analyses is gebaseerd op episodes met de diagnoses (+ ICPC-code) (Van der Velden et al 1991):

N01 Hoofdpijn

N89 Migraine

N99.4 Horton'se neuralgia ('cluster headache')

P10 Spanningshoofdpijn

én op de groep patiënten, bij wie dezelfde ICPC-codes als contactreden of (differentiële) diagnose op contactniveau ergens in de episode is opgegeven, maar uiteindelijk als diagnose op episodeniveau een specifiek psychosociaal probleem (excl. P10) kregen toebedeeld. De inclusielijst van ICPC-codes ten behoeve van de laatste groep patiënten treft u aan in bijlage IV. Alle overige episodes waarin de ICPC-codes N01, N89, N99.4 en P10 als contactreden of (differentiële) diagnose op contactniveau voorkomen zijn buiten beschouwing gelaten.

Wanneer de nadere beschrijving van migraine en andere vormen van hoofdpijn uit de patiëntenquête gelegd wordt naast die van de contactregistratie krijgt men het volgende schema van vergelijking:

patiëntenquête	contactregistratie
*'niet in te delen hoofdpijn'	* hoofdpijn (N01) psychosociaal georiënteerde hoofdpijn(lijst)
* spierspanning georiënteerde hoofdpijn	* spanningshoofdpijn (P10)
* vegetatief georiënteerde hoofdpijn	* migraine(N89) [Horton'se neuralgia (N99.4)]

De sociaal-demografische kenmerken uit de patiëntenquête komen vrijwel overeen met die uit de patiëntregistratie, zodat vergelijking tussen gegevens op populatie- en huisartspraktijkniveau ten behoeve van vraagstelling 5 geen problemen zal geven.

2.4 Analysemethoden

Bij de analyses is gebruik gemaakt van de volgende methoden.

Voor de vergelijking van gegevens uit patiëntenquête en contactregistratie worden de verschillen getoetst met de chi-kwadraat en worden de significanties op drie niveaus gerapporteerd: op .001 (aangegeven met '***'), op .01('**') en op .05('*').

Met betrekking tot de gegevens uit het gezondheidsdagboek is voor ieder van de respondenten het aantal dagen met hoofdpijn bepaald en het percentage van die hoofdpijndagen, waarop hij/zij een bepaalde reactie vertoont, berekend. De reacties van personen, die aangeven te lijden aan migraine/ernstige hoofdpijn worden vergeleken met hen die daar niet aan lijden. Tevens worden verschillende bevolkingsgroepen naar leeftijd, geslacht, leefsituatie, werksituatie, opleiding, inkomen en GHQ-scores met elkaar vergeleken, waarbij dezelfde indelingen worden gehanteerd als bij de analyses van gegevens uit de patiëntenquête. De verschillen tussen de diverse categorieën worden getoetst met t-test of anova, afhankelijk van het aantal categorieën, waarbij de significanties worden gerapporteerd op de bovengenoemde drie niveaus.

Teneinde het oordeel van de patiënt over zijn middels de patiëntenquête gerapporteerde gezondheidsprobleem migraine te vergelijken met de rapportage van de huisarts daaromtrent is voor toetsing Cohen's kappa toegepast.

Om het effect van de samenhang van de verschillende onafhankelijke variabelen op het voorkomen van migraine/ernstige hoofdpijn na te gaan, zijn voorwaarts stapsgewijze logistische regressie-analyses uitgevoerd met SPSS (Norusis 1990).

3. MIGRAINE EN ANDERE VORMEN VAN HOOFDPIJN IN DE BEVOLKING

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt in de eerste plaats in de paragrafen 3.2 en 3.3 ingegaan op het voorkomen van klachten, die benoemd zijn als migraine en aanverwante aandoeningen in de populatie. In de tweede plaats wordt in paragraaf 3.4 gekeken naar de rol van gezondheidsattent gedrag en pilgebruik en aansluitend worden in paragraaf 3.5 de rol van belastende levensgebeurtenissen, respectievelijk in 3.6 de relatie met psychisch onwelbevinden beschreven. Tot slot zal in paragraaf 3.7 het hulpzoekgedrag van patiënten met klachten die benoemd zijn als migraine en andere vormen van hoofdpijn in termen van ervaren gezondheidstoestand, leefregels, zelfmedicatie, geneesmiddelengebruik en bezoek aan hulpverleners worden weergegeven. In tabel 3.1 treft u een overzicht op welk materiaal is geanalyseerd.

Tabel 3.1 Kenmerken van de hoofdpijnliders (N=13014)

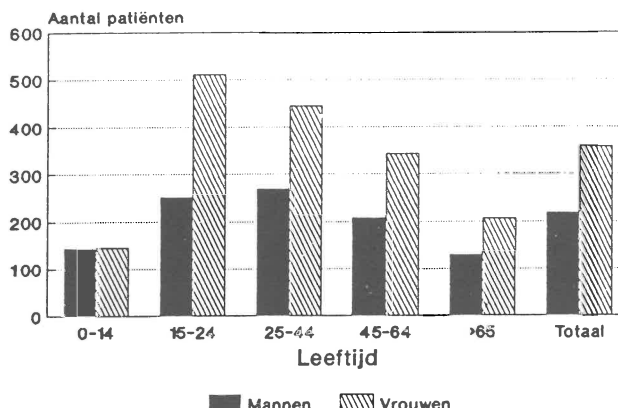
Lijdend aan	N=
migraine/ernstige hoofdpijn (in enquête)	1163
hoofdpijn in afgelopen 14 dagen (in enquête)	3748
hoofdpijn (in dagboek)	2486
hoofdpijndagen (in dagboek)	6080

3.2 Van alledaagse klacht tot hoofdpijnlider

Het ligt voor de hand in eerste instantie te kijken naar hoe vaak hoofdpijn als klacht in de bevolking voorkomt. Van de ondervraagde personen heeft 28,8% in de afgelopen 14 dagen last gehad van hoofdpijn (tabel 3.1). Het betreft vooral vrouwen, in de leeftijd van 15-64 jaar.

Figuur 3.1

Voorkomen van hoofdpijn als klacht (in interview) in de populatie naar leeftijd en geslacht per 1.000 patiënten (N=13.014)



Van de ondervraagden zegt 8,9% te lijden aan migraine/ernstige hoofdpijn (Foets & Sixma 1991). Van de personen die het dagboek gedurende drie weken hebben bijgehouden, heeft 22,5% in die periode op één of meer dagen hoofdpijn of migraine als klacht genoteerd, hetgeen geresulteerd heeft in 6080 dagen met deze klacht (tabel 3.2). Dit betekent dat personen, die de klacht hoofdpijn genoteerd hebben daar gemiddeld 2,4 dagen last van hebben gehad. Kijken we naar de groep personen, die aangeeft te lijden aan migraine/ernstige hoofdpijn, dan heeft 45,4% géén hoofdpijn genoteerd in het dagboek. Wèl is het zo, dat laatstgenoemde personen, als ze hoofdpijn hadden, daar meer dagen last van hadden dan personen die niet lijden aan migraine/ernstige hoofdpijn (tabel 3.3).

Tabel 3.2

Voorkomen van de klacht hoofdpijn, zoals genoteerd in dagboek door lijdens en niet-lijdens aan migraine/ernstige hoofdpijn (N=11038)

	geen hoofdpijn	wel hoofdpijn	totaal
niet-lijdens	8106	1950	10056
lijdens	446	536	982
totaal	8552	2486	11038

χ^2 $p < .001$

Tabel 3.3

Aantallen dagen met hoofdpijn in drie weken na het interview onder migraine/ernstige hoofdpijnliders en niet-lijders met één of meer dagen hoofdpijn, in percentuele verdelingen

	aantal dagen met hoofdpijn					N
	1	2	3	4-5	6+	
niet-lijders	55,6	22,3	9,8	7,4	4,8 ^{***}	(1950)
lijders	30,6	19,6	15,7	15,3	18,8	(536)
totaal	50,2	21,7	11,1	9,1	7,8	(2486)

χ^2 *** p < .001

3.3 De patiënt

Sociaal-demografische kenmerken

De leeftijd/geslachtsverdeling van de personen, die aangeven te lijden aan migraine/ernstige hoofdpijn laat zien, dat dit vooral vrouwen tussen 15-64 jaar zijn (tabel 3.4a). Waar de groep lijders met nerveus georiënteerde klachten te vinden is in de groep jonge en oudere vrouwen, neemt de groep lijders met spierspanning georiënteerde klachten toe met het ouder worden, terwijl de groep lijders met vegetatief georiënteerde klachten vooral aan het begin en het einde van de vruchtbare periode voorkomt (tabel 3.4b).

Personen met migraine/ernstige hoofdpijn tot en met 14 jaar zijn afwezig en veel van de verder te maken onderscheidingen zijn minder relevant of niet gemeten voor deze groep. In het vervolg van de analyses beperken we ons daarom tot personen van 15 jaar en ouder.

Tabel 3.4a Migraine/ernstige hoofdpijn naar leeftijd en geslacht, in percentages

		0-14	15-24	25-44	45-64	65+	totaal
(N)	m	(1185)	(1031)	(2263)	(1387)	(603)	(6469)
	v	(1042)	(1077)	(2275)	(1346)	(805)	(6545)
	t	(2227)	(2108)	(4538)	(2733)	(1408)	(13014)
migraine/ ernstige hoofdpijn	m	2,7	4,8	7,3	8,4	5,1	6,1 ^{***}
	v	1,2	11,4	15,0	16,6	8,7	11,7 ^{***}
	t	2,0	8,2	11,2	12,4	7,2	8,9 ^{***}

χ^2 *** p < .001

Tabel 3.4b Migraine/ernstige hoofdpijn en samenhangende klachten per 100 migraine/ernstige hoofdpijn patiënten naar leeftijd en geslacht

		0-14	15-24	25-44	45-64	65+	totaal
migraine/ernstige	m ----		55,1	61,2	61,5	64,5	60,8
hoofdpijn + nerveuze klachten	v ----		79,7	79,4	80,7	84,3	76,2*
	t ----		72,7	67,4	74,1	78,2	71,2
migraine/ernstige	m ----		40,8	62,4	70,1	67,7	62,4*
hoofdpijn + spanningsklachten	v ----		42,3	53,4	73,5	68,6	58,9***
	t ----		41,9	56,3	72,4	68,3	60,1***
migraine/ernstige	m ----		28,6	21,2	26,5	29,0	24,6
hoofdpijn + vegetatieve klachten	v ----		44,7	39,9	40,4	40,0	40,8*
	t ----		40,1	33,8	35,6	36,6	35,6

χ^2 * p < .05

*** p < .001

Onder mannen noch vrouwen maakt de leefsituatie verschil voor het voorkomen van hoofdpijn (tabel 3.5a). In verschillende leefsituaties vertonen mannen met migraine/ernstige hoofdpijn significante verschillen met betrekking tot vegetatieve klachten en vrouwen met migraine/ernstige hoofdpijn significante verschillen met betrekking tot nerveuze en spanningsklachten (tabel 3.5b).

Tabel 3.5a Migraine/ernstige hoofdpijn onder personen van 15 jaar en ouder naar leefsituatie en geslacht, in percentages (N= 10787)

		alleenstaand	paar	gezinslid	totaal
(N)	m	(455)	(1364)	(3465)	(5284)
	v	(831)	(1317)	(3355)	(5503)
	t	(1286)	(2681)	(6820)	(10787)
migraine/ernstige	m	9,0	5,9	7,0	6,9
hoofdpijn	v	13,7	14,0	13,7	13,8
	t	12,1	9,9	10,2	10,4

Tabel 3.5b Migraine/ernstige hoofdpijn en samenhangende klachten per 100 migraine/ernstige hoofdpijnpatiënten naar leefsituatie en geslacht

		alleenstaand	paar	gezinlid
migraine/ernstige	m	70,7	61,3	58,9
hoofdpijn +	v	87,7	76,2	73,4**
nerveuze klachten	t	83,2	71,7	68,4**
migraine/ernstige	m	78,0	61,3	60,2
hoofdpijn +	v	66,7	65,4	54,4**
spanningsklachten	t	69,7	64,2	56,4**
migraine/ernstige	m	41,5	16,3	24,5**
hoofdpijn +	v	49,1	36,8	40,4
vegetatieve klachten	t	47,1	30,6	34,9**

χ^2 ** p < .01

Alleen onder mannen maakt het opleidingsniveau verschil voor het voorkomen van hoofdpijn; daarin is geen duidelijk patroon aanwijsbaar (tabel 3.6a).

Onder mannen met een opleiding tot en met het MBO-niveau daalt het voorkomen van vegetatieve klachten bij stijgend opleidingsniveau. Onder mannen met HBO/universitaire opleiding komen vegetatieve klachten weer meer voor. Onder vrouwen daalt het voorkomen van spanningsklachten bij stijgend opleidingsniveau. Dat geldt over het hele bereik aan opleidingsniveau (tabel 3.6b).

Tabel 3.6a Migraine/ernstige hoofdpijn onder personen van 15 jaar en ouder naar opleiding en geslacht, in percentages (N=10276)

		LO	LBO	MAVO/ HAVO/VWO	MBO	HBO/ univ.	totaal
(N)	m	(1360)	(1390)	(880)	(759)	(651)	(5040)
	v	(1670)	(1349)	(1241)	(548)	(428)	(5236)
	t	(3030)	(2739)	(2121)	(1307)	(1079)	(10276)
migraine/ernstige	m	7,5	7,3	4,7	7,8	6,0*	6,8
hoofdpijn	v	13,8	14,2	13,5	13,9	12,4	13,7
	t	11,0	10,7	9,8	10,3	8,5	10,3

χ^2 * p < .05

Tabel 3.6b Migraine/ernstige hoofdpijn en samenhangende klachten per 100 migraine/ernstige hoofdpijn patiënten onder personen van 15 jaar en ouder naar opleiding en geslacht

		LO	LBO	MAVO/ HAVO/VWO	MBO	HBO/univ.
migraine/ernstige hoofdpijn + nerveuze klachten	m v t	69,6 80,9 77,4	56,9 73,4 67,7	68,3 74,9 73,6	52,5 71,1 63,0	53,8 79,2 68,5**
migraine/ernstige hoofdpijn + spanningsklachten	m v t	74,5 65,7 68,4	61,8 59,9 60,5	56,1 54,5 54,8	59,3 53,9 56,3	53,8 47,2* 50,0**
migraine/ernstige hoofdpijn + vegetatieve klachten	m v t	33,3 43,5 40,4	25,5 42,2 36,4	24,4 36,5 34,1	6,8 34,2 22,2	15,4** 35,8 27,2**

χ^2 * p < .05 ** p < .01

Onder mannen en vrouwen komt hoofdpijn het meest voor als men van een uitkering (inclusief WAO/AWW) leeft, en het minst als men van een pensioen (inclusief VUT en AOW) leeft (tabel 3.7a).

Mannen hebben ook de meeste klachten bij hoofdpijn als ze van een uitkering leven. Dat geldt voor zowel nerveuze, spannings- als vegetatieve klachten. Vrouwen hebben de meeste klachten bij hoofdpijn als ze van een pensioen leven. Dat geldt niet voor nerveuze, maar wel voor spannings- en vegetatieve klachten (tabel 3.7b).

Tabel 3.7a Migraine/ernstige hoofdpijn onder personen van 15 jaar en ouder naar werksituatie en geslacht, in percentages (N=10610)

		betaald werk	huis- houden	onderwijs	uitkering	pensioen	totaal
(N)	m v t	(3347) (1883) (5230)	(41) (2498) (2539)	(549) (476) (1025)	(604) (278) (882)	(647) (287) (934)	(5188) (5422) (10610)
migraine/ernstige hoofdpijn	m v t	6,2 15,0 9,4	7,3 14,4 14,3	6,6 8,6 7,5	11,9 15,8 13,2	5,7*** 7,3*** 6,2***	6,9 13,8 10,4

χ^2 *** p < .001

Tabel 3.7b Migraine/ernstige hoofdpijn en samenhangende klachten onder personen van 15 jaar en ouder per 100 migraine/-ernstige hoofdpijn patiënten naar werksituatie en geslacht

		betaald	huis- werk	onderwijs houden	uitkering	pensioen
migraine/ernstige hoofdpijn + nerveuze klachten	m	56,3	---	47,2	77,8	59,5**
	v	73,0	77,2	78,0	81,8	85,7
	t	65,9	77,1	63,6	79,3	69,0***
migraine/ernstige hoofdpijn + spanningsklachten	m	62,0	---	27,8	83,3	64,9***
	v	52,5	66,1	29,3	63,6	71,4***
	t	56,6	65,8	28,6	75,9	67,2***
migraine/ernstige hoofdpijn + vegetatieve klachten	m	17,3	---	30,6	43,1	24,3***
	v	34,4	41,9	43,9	54,5	61,9*
	t	27,1	41,6	37,7	47,4	37,9***

χ^2 * p < .05 ** p < .01 *** p < .001

--- : buiten de analyse gehouden vanwege kleine N: 7,3% van 41 = 3 (zie tabel 3.7a)

Onder vrouwen met een verschillend huishoudinkomen komt hoofdpijn niet verschillend vaak voor. Onder mannen met een inkomen tot f 3500,- komt migraine/ernstige hoofdpijn bij een hoger inkomen minder vaak voor, maar boven die grens komt migraine/ernstige hoofdpijn onder mannen weer vaker voor (tabel 3.8a).

Voor mannen geldt over het hele bereik aan inkomensklassen: bij een hoger inkomen heeft men minder nerveuze, spannings- en vegetatieve klachten bij hoofdpijn (met één onregelmatigheid voor nerveuze klachten). Voor vrouwen geldt: bij een hoger inkomen heeft men minder vegetatieve klachten bij migraine/ernstige hoofdpijn. Maar boven die grens komen vegetatieve klachten bij migraine/ernstige hoofdpijn weer vaker voor, onder vrouwen (tabel 3.8b).

Tabel 3.8a Migraine/ernstige hoofdpijn onder personen van 15 jaar en ouder naar netto huishoudinkomen per maand en geslacht, in percentages (N=8159)

		- f 1.550	f 1.550 - f 1.950	f 1.950 - f 2.525	f 2.525 - f 3.500	f 3.500 -	totaal
(N)	m	(675)	(734)	(1067)	(845)	(821)	(4142)
	v	(1073)	(707)	(881)	(748)	(608)	(4017)
	t	(1748)	(1441)	(1948)	(1593)	(1429)	(8159)
migraine/ernstige hoofdpijn	m	9,3	6,8	6,0	4,7	6,3**	6,5
	v	13,8	15,8	16,7	12,8	12,7	14,4
	t	12,1	11,2	10,8	8,5	9,0**	10,4

χ^2 ** p < .01

Tabel 3.8b Migraine/ernstige hoofdpijn en samenhangende klachten per 100 migraine/ernstige hoofdpijn patiënten onder personen van 15 jaar en ouder naar netto huishoudinkomen per maand en geslacht

		- f 1.550	f 1.550 - f 1.950	f 1.950 - f 2.525	f 2.525 - f 3.500	f 3.500
migraine/ernstige hoofdpijn + nerveuze klachten	m	73,0	66,0	60,9	62,5	44,2*
	v	82,4	73,2	76,2	80,2	68,8
	t	79,6	71,0	71,6	75,0	58,9**
migraine/ernstige hoofdpijn + spanningsklachten	m	77,8	70,0	62,5	55,0	50,0*
	v	58,8	58,0	57,8	54,2	58,4
	t	64,5	61,7	59,2	54,4	55,0
migraine/ernstige hoofdpijn + vegetatieve klachten	m	46,0	30,0	20,3	10,0	9,6***
	v	51,4	45,5	34,7	33,3	37,7*
	t	49,8	40,7	30,3	26,5	26,4***

χ^2 * p < .05

** p < .01

*** p < .001

Comorbiditeit

Allereerst is gekeken in hoeverre patiënten met migraine/ernstige hoofdpijn hun gezondheidstoestand als goed of slecht ervaren. Te midden van matig ernstige en ernstige chronische aandoeningen scoort migraine/ernstige hoofdpijn met een middenpositie: 68,3% van de personen lijdend aan migraine/ernstige hoofdpijn noemt hun gezondheidstoestand goed en 6% slecht (tabel 3.9).

Van invloed is of mensen aan andere chronische aandoeningen lijden. Voor personen met migraine/ernstige hoofdpijn geldt dat 53% een andere van de in analyse meegenomen matig ernstige en/of ernstige aandoeningen heeft.*

Tabel 3.9 Chronische aandoeningen in de bevolking naar ervaren gezondheidstoestand in percentages (N=13014)

	N	goed	goed noch slecht	slecht
CARA	878	56,7	34,5	8,8
hartziekten	675	42,6	44,0	13,4
hypertensie	967	62,9	30,8	6,4
migraine/ernstige hoofdpijn	1163	68,3	25,6	6,0
maag/darmstoornissen	459	50,4	39,1	10,5
diabetes mellitus	234	48,7	41,9	9,4
reuma, arthrosis	482	48,3	41,4	10,3
rugklachten	1589	61,8	30,8	7,5
ernstige gevolgen ongeval	306	69,3	23,5	7,2
centraal zenuwstelsel	152	47,7	40,4	11,9
gehoorafwijkingen	55	76,4	18,2	5,5
oogafwijkingen	41	73,2	22,0	4,9
huidziekte	762	80,1	16,6	3,3
kanker/gezwelvorming	112	50,9	35,7	13,4

Bron: Nationale Studie

Om de mogelijke samenhang van de aandoening migraine/ernstige hoofdpijn met andere chronische aandoeningen te onderzoeken is de top-10 van door de hoofdpijnpatiënt in de enquête aangegeven nevenaandoeningen vergeleken met die van niet-hoofdpijnpatiënten. De resultaten zijn weergegeven in tabel 3.10.

*) Vanwege te kleine aantallen is een aantal matig ernstige resp. ernstige aandoeningen niet meegenomen. Dit maakt dat genoemd percentage waarschijnlijk een onderschatting is.

Tabel 3.10 In de enquête geuite comorbiditeit (top-10) bij patiënten met migraine/ernstige hoofdpijn in vergelijking met niet-hoofdpijnpatiënten (n=13.014).

	Migraine/ernstige hoofdpijn	
	ja	nee
	%	%
rugklachten	26,6	10,8***
aambeien	15,2	6,6***
hoge bloeddruk	12,1	7,0***
spataderen	12,0	6,3***
maagkwaal/maagzweer/zweer duodenum	10,3	2,9***
hartklachten	8,8	4,3***
chronische huidziekte/eczem	8,3	5,6***
chronische menstruatieklacht/menopauze	7,9	2,3***
chronische bronchitis	6,8	5,5
rheuma/arthritis, arthrose	6,4	2,6***
Totaal (n)	1163	11.851

χ^2 *** p < 0.001

In het algemeen blijkt uit bovenstaande tabel, dat patiënten die in de enquête claimen te lijden aan migraine/ernstige hoofdpijn, relatief vaak ook andere aandoeningen en/of klachten noteren. Alle bovenstaande aandoeningen m.u.v. chronische bronchitis komen meer voor bij hoofdpijnpatiënten, doch vooral rugklachten en hoofdpijn blijken veel samen voor te komen. Hoge bloeddruk, in de literatuur wel eens in verband gebracht met hoofdpijn, blijkt in deze analyse eveneens geassocieerd met hoofdpijn (Knipschild, Vissers & Knottnerus 1984).

3.4 De rol van gezondheidsattent gedrag en pilgebruik

Bepaalde voedingsstoffen kunnen een migraine-aanval uitlokken, aldus de Verantwoording van de NHG-standaard Migraine. Genoemd worden alcohol, cafeïne, stoffen in chocolade, kaas en citrusvruchten, een conserveermiddel en een smaakversterker (Bartelink et al., 1991b: 11). Aan sportbeoefening doet hier ter zake dat ook hevige inspanning een migraine-aanval kan uitlokken (Visser & Ferrari, 1992). Over de invloed van roken zijn geen gegevens bekend, maar dat wordt wel het vermelden waard gevonden, in de Verantwoording van de standaard (Bartelink et al., 1991b: 11).

Wij beschikken over enkele gegevens omtrent consumptie- en andere leefgewoonten die worden geacht van invloed te zijn op de gezondheid in het algemeen. Wat betreft de genoemde voedingsstoffen zijn dat gegevens

omtrent het gebruik van alcoholische dranken en koffie. Daarnaast beschikken we over gegevens omtrent roken en sportbeoefening.

We bestuderen nu het voorkomen van migraine/ernstige hoofdpijn en daarmee gepaard gaande klachten onder mensen die met betrekking tot deze vier leefgewoonten verschillen. Om te beginnen vergelijken we mensen met verschillende gewoonten ten aanzien van drankgebruik. Onder mannen komt hoofdpijn minder voor onder drinkers dan onder geheelonthouders, en minder onder zwaardere dan onder lichtere drinkers. Onder vrouwen geldt het zelfde voor vegetatieve klachten bij hoofdpijn (tabel 3.11a + b).

Tabel 3.11a Migraine/ernstige hoofdpijn onder personen van 15 jaar en ouder naar drankgebruik en geslacht, in percentages (N=10346)

		geheelonthouders		drinkers		totaal
			zeer licht	licht	matig/zwaar	
(N)	m	(736)	(887)	(2176)	(1333)	(5132)
	v	(1756)	(1302)	(1757)	(399)	(5214)
	t	(2492)	(2189)	(3933)	(1732)	(10346)
migraine/ernstige hoofdpijn	m	11,4	9,6	5,6	4,4***	6,8
	v	15,0	14,1	12,8	12,0	13,8
	t	14,0	12,2	8,8	6,2***	10,3

χ^2 *** p < .001

Tabel 3.11b Migraine/ernstige hoofdpijn en samenhangende klachten per 100 migraine/ernstige hoofdpijn patiënten onder personen van 15 jaar en ouder naar drankgebruik en geslacht, in percentages

		geheelonthouders		drinkers	
			zeer licht	licht	matig/zwaar
migraine/ernstige hoofdpijn + nerveuze klachten	m	63,1	56,5	59,8	66,1
	v	79,5	74,9	73,3	81,3
	t	75,6	69,0	68,6	72,9
migraine/ernstige hoofdpijn + spanningsklachten	m	67,9	69,4	58,2	54,2
	v	63,3	58,5	56,9	56,3
	t	64,4	61,9	57,3	55,1
migraine/ernstige hoofdpijn + vegetatieve klachten	m	28,6	22,4	23,0	22,0
	v	46,6	39,3	34,7	33,3*
	t	42,2	34,0	30,5	27,1**

χ^2 * p < .05

** p < .01

Vervolgens vergelijken we mensen met verschillende gewoonten ten aanzien van koffiegebruik.

Noch onder mannen, noch onder vrouwen komt hoofdpijn meer of minder voor onder hen die meer, minder, of geen koffie gebruiken (tabel 3.12a). Onder mannen komen vegetatieve klachten bij hoofdpijn het minst voor onder hen die zeven of meer koppen koffie per dag gebruiken. Onder vrouwen komen nerveuze en vegetatieve klachten bij hoofdpijn het minst voor bij gebruiksters van vijf à zes koppen koffie per dag (tabel 3.12b).

Tabel 3.12a Migraine/ernstige hoofdpijn onder personen van 15 jaar en ouder naar koffiegebruik en geslacht, in percentages (N=10754)

		geen koffie		koppen koffie per dag			totaal
		1-3		4	5-6	7+	
(N)	m	(390)	(1089)	(750)	(1421)	(1616)	(5266)
	v	(585)	(1503)	(1031)	(1413)	(956)	(5488)
	t	(975)	(2592)	(1781)	(2834)	(2572)	(10754)
migraine/ ernstige hoofdpijn	m	7,4	6,2	5,6	6,9	7,7	6,9
	v	14,2	13,0	14,0	13,7	14,4	13,7
	t	11,5	10,2	10,4	10,3	10,2	10,4

Tabel 3.12b Migraine/ernstige hoofdpijn en samenhangende klachten per 100 migraine/ernstige hoofdpijn patiënten onder personen van 15 jaar en ouder naar koffiegebruik en geslacht, in percentages

		geen koffie		koppen koffie per dag		
		1-3		4	5-6	7+
migraine/ernstige hoofdpijn + nerveuze klachten	m	48,3	69,1	61,9	60,2	59,2
	v	75,9	88,3	71,5	66,0	79,0***
	t	68,8	83,3	69,4	64,0	69,6***
migraine/ernstige hoofdpijn + spanningsklachten	m	48,3	60,3	76,2	59,2	64,8
	v	57,8	61,2	63,9	50,5	63,0
	t	55,4	61,0	66,7	53,4	63,9*
migraine/ernstige hoofdpijn + vegetatieve klachten	m	27,6	26,5	23,8	33,7	16,0*
	v	47,0	51,5	38,2	33,0	35,5**
	t	42,0	45,1	34,9	33,2	26,2***

χ^2 * p < .05 ** p < .01 *** p < .001

Ten derde vergelijken we mensen met verschillende gewoonten ten aanzien van het roken van ('shagjes' of) sigaretten. Zoals al is opgemerkt in par. 2.2, laten we hier de (weinig) pijp- en sigarenrokers buiten beschouwing.

Tabel 3.13a Hoofdpijn onder personen van 15 jaar en ouder naar rookgedrag en geslacht, in percentages (N=10404)

		niet rokers		sigaretten per dag			totaal
			1-10	11-15	16-25	26+	
(N)	m	(1425)	(945)	(701)	(1122)	(720)	(4913)
	v	(2492)	(1398)	(549)	(784)	(268)	(5491)
	t	(3917)	(2343)	(1250)	(1906)	(988)	(10404)
migraine/ernstige hoofdpijn	m	6,6	6,9	7,1	7,7	6,5	7,0
	v	12,1	14,7	12,6	17,0	17,5**	13,8
	t	10,1	11,6	9,5	11,5	9,5	10,6

χ^2 **p < .01

Tabel 3.13b Migraine/ernstige hoofdpijn en samenhangende klachten per 100 migraine/ernstige hoofdpijn patiënten onder personen van 15 jaar en ouder naar rookgedrag en geslacht, in percentages

		niet rokers		sigaretten per dag		
			1-10	11-15	16-25	26+
migraine/ernstige hoofdpijn + nerveuze klachten	m	61,7	64,6	58,0	54,7	66,0
	v	75,8	73,8	69,6	79,7	89,4
	t	72,5	71,6	64,7	69,9	77,7
migraine/ernstige hoofdpijn + spanningsklachten	m	59,6	63,1	72,0	55,8	66,0
	v	58,6	57,3	56,5	60,9	66,0
	t	58,8	58,7	63,0	58,9	66,0
migraine/ernstige hoofdpijn + vegetatieve klachten	m	25,5	32,3	20,0	15,1	29,8
	v	43,0	36,4	37,7	40,6	51,1
	t	38,9	35,4	30,3	30,6	40,4

Onder vrouwen die niet roken komt minder hoofdpijn voor dan onder rooksters, en onder rooksters komt het minst vaak hoofdpijn voor onder hen die 11 à 15 sigaretten per dag roken. Verder zijn er hier geen verschillen (tabellen 3.13a+b).

Tabel 3.14a Migraine/ernstige hoofdpijn onder personen van 15 jaar en ouder naar sportgedrag en geslacht, in percentages (N=10675)

		niet-sporters	uren sport/week		totaal
			1-3	4+	
(N)	m	(3250)	(886)	(1078)	(5214)
	v	(3572)	(1307)	(582)	(5461)
	t	(6822)	(2193)	(1660)	(10675)
migraine/ernstige hoofdpijn	m	7,6	6,5	4,7**	6,8
	v	14,6	12,5	11,0*	13,7
	t	11,3	10,1	6,9***	10,4

χ^2 * p < .05 ** p < .01 *** p < .001

Onder mannen en vrouwen die meer sporten komt minder migraine/ernstige hoofdpijn voor. Onder mannen die meer sporten komen minder spanningsklachten bij migraine/ernstige hoofdpijn voor (tabel 3.14a + b).

Tabel 3.14b Migraine/ernstige hoofdpijn en samenhangende klachten per 100 migraine/ernstige hoofdpijn patiënten onder personen van 15 jaar en ouder naar sportgedrag en geslacht, in percentages

		niet-sporters	uren sport/week	
			1-3	4+
migraine/ernstige hoofdpijn + nerveuze klachten	m	63,2	53,4	62,7
	v	76,7	78,0	70,3
	t	72,3	71,6	67,0
migraine/ernstige hoofdpijn + spanningsklachten	m	67,2	55,2	51,0 *
	v	61,4	50,6	59,4
	t	63,2	51,8	55,7 **
migraine/ernstige hoofdpijn + vegetatieve klachten	m	25,9	15,5	29,4
	v	40,9	42,1	32,8
	t	36,1	35,1	31,3

χ^2 * p < .05 ** p < .01

Pilgebruik

In sommige onderzoeken is gevonden dat onder gebruiksters van orale anticonceptiva meer migraine voorkomt dan onder andere vrouwen, aldus de Verantwoording van de NHG-standaard Migraine (Bartelink et al., 1991b: 9-10). Daarbij wordt aangetekend dat ten tijde van het meeste aangehaalde onderzoek de anticonceptiva zwaarder waren, en de leeftijd van de gebruiksters gemiddeld hoger.

Tabel 3.15a Migraine/ernstige hoofdpijn onder vrouwen van 15-54 jaar naar leeftijd en pilgebruik, in percentages (N=3550)

	pil	15-24	25-34	35-44	45-54
(N)		(941)	(588)	(1121)	(900)
migraine/ ernstige hoofdpijn	nee	7,4	12,5	16,6	16,9
	ja	15,3 ***	13,0	12,9	25,6*
% pilgebruiksters		54,2	50,9	26,2	10,0 ***

χ^2 * p < .05

*** p < .001

Tabel 3.15b Migraine/ernstige hoofdpijn en samenhangende klachten per 100 migraine/ernstige hoofdpijn patiënten onder vrouwen van 15-54 jaar naar pilgebruik en leeftijd

	pil	15-24	25-34	35-44	44-54
migraine/ernstige hoofdpijn + nerveuze klachten	nee	78,1	63,9	70,1	70,1
	ja	84,6	82,1	71,1	78,3
migraine/ernstige hoofdpijn + spanningsklachten	nee	31,3	47,2	55,5	62,8
	ja	48,7	56,4	47,4	56,5
migraine/ernstige hoofdpijn + vegetatieve klachten	nee	46,9	50,0	40,9	32,1
	ja	43,6	51,3	36,8	26,1

Alleen onder 15-24 jarige en 40-54 jarige vrouwen hebben pilgebruiksters meer hoofdpijn. In het aandeel dat de drie typen hoofdpijn daarin hebben, vinden we geen verschillen (tabel 3.15a+b).

3.5 De rol van belastende levensgebeurtenissen

Voor de belastende levensgebeurtenissen uit de in par. 2.2 genoemde lijst, hebben we onderzocht of onder hen die zo'n gebeurtenis het afgelopen jaar hadden meegemaakt, meer migraine/ernstige hoofdpijn in het algemeen voorkwam. Voor negen gebeurtenissen is dat het geval, voor mannen en/of vrouwen, en op een significantieniveau van .05. Vier daarvan komen voldoende vaak voor om de klachten bij hoofdpijn te onderzoeken. Dat zijn: men is (met het hele huishouden) binnen de woonplaats verhuisd (6,5%), men had een financiële tegenvaller van meer dan het netto maandinkomen van het huishouden (5,5%), de vader of moeder van de ondervraagde persoon is komen te overlijden (5,5%), en men is zelfstandig gaan wonen (4,2%). We zullen hier het voorkomen van migraine/ernstige hoofdpijn en daarmee gepaard gaande klachten na deze vier gebeurtenissen onderzoeken.

De vijf gebeurtenissen die we overslaan zijn: een lid van het huishouden is in een rechtszaak verwickeld geweest (3,1%, vrouwen meer migraine/ernstige hoofdpijn op .001); men is gaan scheiden of uit elkaar gegaan of heeft daartoe besloten (1,4%, vrouwen .01); het kind of de vader of moeder van de ondervraagde persoon is gaan scheiden (0,7%, mannen en vrouwen .05); een lid van het huishouden is van huis weggelopen (0,6%, mannen .001, vrouwen .05); een lid van het huishouden is lichamelijk mishandeld (0,5%, mannen .01).

In tabel 3.16a vergelijken we het voorkomen van migraine/ernstige hoofdpijn en daarmee gepaard gaande klachten onder hen die wel en niet het afgelopen jaar binnen de woonplaats verhuisd zijn.

Tabel 3.16a Migraine/ernstige hoofdpijn onder personen van 15 jaar en ouder die al dan niet binnen de woonplaats zijn verhuisd, in percentages (N=10787)

		verhuisd	
		nee	ja
(N)	m	(4970)	(314)
	v	(5118)	(385)
	t	(10088)	(699)
migraine/ernstige hoofdpijn	m	6,8	7,6
	v	13,5	17,7*
	t	10,2	13,2*

χ^2 * p < .05

Alleen vrouwen die binnen de woonplaats verhuisd zijn hebben meer hoofdpijn. Wie deze gebeurtenis heeft meegemaakt heeft niet meer of minder klachten bij hoofdpijn dan een ander (tabel 3.16b).

Tabel 3.16b Migraine/ernstige hoofdpijn en samenhangende klachten per 100 migraine/ernstige hoofdpijn patiënten onder personen van 15 jaar en ouder, die al dan niet binnen de woonplaats zijn verhuisd, in percentages

		verhuisd	
		nee	ja
migraine/ernstige	m	60,4	66,7
hoofdpijn +	v	76,5	73,5
nerveuze klachten	t	71,2	71,7
migraine/ernstige	m	61,5	75,0
hoofdpijn +	v	59,8	50,0
spanningsklachten	t	60,4	56,5
migraine/ernstige	m	24,0	33,3
hoofdpijn +	v	40,3	45,6
vegetatieve klachten	t	35,0	42,4

Vervolgens vergelijken we hen die wel en niet een financiële tegenvaller van meer dan het maandinkomen hebben gehad, in tabel 3.17a.

Tabel 3.17a Migraine/ernstige hoofdpijn onder personen van 15 jaar en ouder die al dan niet een tegenvaller van meer dan een maandinkomen hebben gehad, in percentages (N=10787)

		tegevaller	
		nee	ja
(N)	m	(4974)	(310)
	v	(5224)	(279)
	t	(10088)	(699)
migraine/ernstige	m	6,5	11,9***
hoofdpijn	v	13,3	21,9***
	t	10,0	16,6***

χ^2 *** p < .001

Tabel 3.17b Migraine/ernstige hoofdpijn en samenhangende klachten per 100 migraine/ernstige hoofdpijn patiënten onder personen van 15 jaar en ouder die al dan niet een tegenvaller van meer dan een maandinkomen hebben gehad, in percentages

		tegevaller	
		nee	ja
migraine/ernstige	m	58,8	78,4*
hoofdpijn +	v	74,7	93,4***
nerveuze klachten	t	69,6	87,8***
migraine/ernstige	m	61,5	70,3
hoofdpijn +	v	58,0	68,9
spanningsklachten	t	59,2	69,4*
migraine/ernstige	m	24,3	27,0
hoofdpijn +	v	38,4	68,9***
vegetatieve klachten	t	33,9	53,1***

χ^2 * $p < .05$ *** $p < .001$

Onder mannen zowel als vrouwen geldt: wie een grote financiële tegenvaller heeft gehad, heeft meer migraine/ernstige hoofdpijn dan iemand die dit niet heeft meegemaakt.

Onder mannen heeft men dan ook meer nerveuze klachten bij migraine/ernstige hoofdpijn. En onder vrouwen heeft men dan meer nerveuze en vegetatieve klachten.

In tabel 3.18a vergelijken we hen wier vader of moeder in het afgelopen jaar overleden is, met hen die dat niet hebben meegemaakt.

Tabel 3.18a Hoofdpijn onder personen van 15 jaar en ouder waarvan al dan niet een ouder is overleden, in percentages (N=10787)

		ouder overleden	
		nee	ja
(N)	m	(4995)	(289)
	v	(5197)	(306)
	t	(10192)	(595)
migraine/ernstige	m	6,7	9,7*
hoofdpijn	v	13,7	15,4
	t	10,2	12,6

χ^2 * $p < .05$

Tabel 3.18b Migraine/ernstige hoofdpijn en samenhangende klachten per 100 migraine/ernstige hoofdpijn patiënten onder personen van 15 jaar en ouder, waarvan al dan niet een ouder is overleden, in percentages

		ouder overleden	
		nee	ja
migraine/ernstige	m	59,6	75,0
hoofdpijn +	v	75,8	83,0
nerveuze klachten	t	70,6	80,0
migraine/ernstige	m	61,1	78,6
hoofdpijn +	v	58,6	63,8
spanningsklachten	t	59,4	69,3
migraine/ernstige	m	24,3	28,6
hoofdpijn +	v	40,4	46,8
vegetatieve klachten	t	35,2	40,0

Alleen onder mannen geldt dat iemand wiens vader of moeder recentelijk is overleden meer migraine/ernstige hoofdpijn heeft dan een ander. Wie dat heeft meegemaakt heeft niet meer of minder klachten bij migraine/ernstige hoofdpijn dan een ander (tabel 3.18b).

Tabel 3.19a Hoofdpijn onder personen van 15 jaar en ouder die al dan niet zelfstandig zijn gaan wonen, in percentages (N=10787)

		zelfstandig gaan wonen	
		nee	ja
(N)	m	(5055)	(229)
	v	(5275)	(228)
	t	(10330)	(457)
migraine/ernstige	m	6,7	9,6
hoofdpijn	v	13,5	20,6**
	t	10,2	15,1****

χ^2 ** p < .01

*** p < .001

Tabel 3.19b Migraine/ernstige hoofdpijn en samenhangende klachten per 100 migraine/ernstige hoofdpijn patiënten onder personen van 15 jaar en ouder, die al dan niet zelfstandig zijn gaan wonen, in percentages

		zelfstandig gaan wonen	
		nee	ja
migraine/ernstige	m	60,3	68,2
hoofdpijn +	v	76,1	78,7
nerveuze klachten	t	71,0	75,4
migraine/ernstige	m	61,2	81,8
hoofdpijn +	v	60,0	42,6*
spanningsklachten	t	60,4	55,1
migraine/ernstige	m	23,8	36,4
hoofdpijn +	v	40,0	53,2
vegetatieve klachten	t	34,8	47,8*

χ^2 * $p < .05$

Alleen onder vrouwen geldt: wie zelfstandig is gaan wonen heeft meer hoofdpijn dan iemand die niet recentelijk zelfstandig is gaan wonen. Maar anderzijds heeft men dan onder vrouwen minder spanningsklachten bij hoofdpijn (tabel 3.19a+b).

3.6 De relatie met psychisch onwelbevinden

Stress geldt als een uitlokkende factor voor althans een migraine-aanval, en belastende levensgebeurtenissen gelden als één bron van stress. Maar ook gebrek aan spanning, sociaal isolement, dagelijkse beslommeringen en zorgen, en steeds terugkerende kleine ergernissen kunnen stress met zich meebrengen.

Het geheel waarop hier wordt geduid kan wellicht onder de algemene noemer 'psychisch onwelbevinden' worden geplaatst, en worden gemeten met de 'General Health Questionnaire' (GHQ). Een score van 5 of hoger, of ook wel van 10 of hoger op de GHQ gelden als kritische grenzen van psychisch onwelbevinden: bij zo'n score geldt men als een potentiële psychiatrische casus (Goldberg 1972). We nemen hier beide kritische grenzen op in een driedeling.

We vergelijken in tabel 3.20a+b het voorkomen van hoofdpijn en daarmee gepaard gaande klachten onder mensen die, zo gemeten, verschillen wat betreft psychisch (on)welbevinden.

Tabel 3.20a Migraine/ernstige hoofdpijn bij personen van 15 jaar en ouder naar psychisch onwelbevinden (GHQ-score) en geslacht, in percentages (N=9940)

		GHQ-scores		
		0-4	5-9	10+
(N)	m	(4587)	(274)	(193)
	v	(4370)	(436)	(380)
	t	(8957)	(710)	(573)
migraine/ernstige hoofdpijn	m	6,0	12,0	19,2***
	v	12,6	17,7	25,3***
	t	9,2	15,5	23,2***

χ^2 *** $p < .001$

Tabel 3.20b Migraine/ernstige hoofdpijn en samenhangende klachten per 100 migraine/ernstige hoofdpijn patiënten onder personen van 15 jaar en ouder naar psychisch onwelbevinden (GHQ-score) en geslacht, in percentages

		GHQ-scores		
		0-4	5-9	10+
migraine/ernstige hoofdpijn + nerveuze klachten	m	52,2	90,9	100,0***
	v	70,3	94,8	97,9***
	t	64,3	93,6	98,5***
migraine/ernstige hoofdpijn + spanningsklachten	m	60,6	63,6	78,4
	v	54,0	71,4	79,2***
	t	56,2	69,1	78,9***
migraine/ernstige hoofdpijn + vegetatieve klachten	m	20,8	39,4	40,5**
	v	33,9	51,9	69,8***
	t	29,5	48,2	61,7***

χ^2 ** $p < .01$ *** $p < .001$

Onder mannen en vrouwen met een ernstiger gemeten onwelbevinden komt meer migraine/ernstige hoofdpijn voor.

Bij een ernstiger onwelbevinden gaat de migraine/ernstige hoofdpijn ook vaker gepaard met nerveuze klachten. Maar dat verband is in grote mate tautologisch: de klachten die hier gelden als nerveus stemmen naar inhoud overeen met de items van de GHQ (vgl. Foets & Sixma, 1991: 55). Wat we hier vinden is dat 'nerveuze hoofdpijn' ook bij benadering kan worden omschreven als 'hoofdpijn met psychisch onwelbevinden'.

Bij de andere twee hier onderscheiden typen migraine/ernstige hoofdpijn is geen sprake van een dergelijke inhoudelijke overeenkomst. Voor die twee

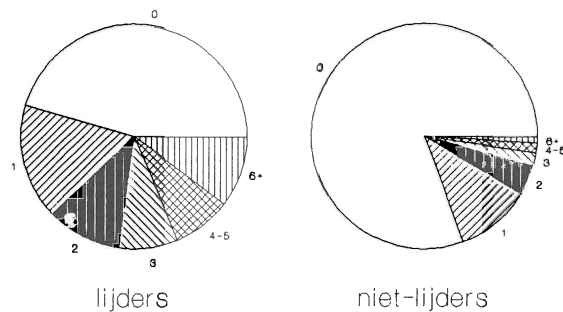
typen vinden we het volgende. Onder mannen met een ernstiger onwelbevinden gaat de hoofdpijn vaker samen met vegetatieve klachten, en onder vrouwen met een ernstiger onwelbevinden gaat de migraine/ernstige hoofdpijn tevens vaker samen met vegetatieve en spanningsklachten.

3.7 Omgaan met hoofdpijn

Algemeen

Zoals vermeld in paragraaf 3.2 heeft een aanzienlijk deel van de bevolking last van de klacht 'hoofdpijn'. Daarbij werd een onderscheid gemaakt tussen al dan niet lijden aan migraine/ernstige hoofdpijn. Van de personen die zeggen niet te lijden aan migraine/ernstige hoofdpijn (verder te noemen: niet-lijders) heeft 19,4% in drie weken toch één of meer dagen hoofdpijn. Van de lijders aan migraine/ernstige hoofdpijn (verder te noemen: lijders) is dat maar liefst 54,6%. Figuur 3.1 geeft het aantal dagen hoofdpijn van lijders en niet-lijders weer. Zoals te verwachten is, is het gemiddeld aantal dagen hoofdpijn bij lijders hoger dan bij niet-lijders ($p < 0.001$).

Figuur 3.1 Het aantal dagen hoofdpijn zoals aangegeven in de dagboeken van mensen die lijden aan migraine/ernstige hoofdpijn (N=982) en van mensen die niet lijden aan migraine/ernstige hoofdpijn (N=10056)



Als tweede onderdeel van het dagboekonderzoek hebben de respondenten op iedere dag dat zij hoofdpijn hadden, genoteerd wat ze op die dag aan de hoofdpijn hebben gedaan, hoe ze op de hoofdpijn hebben gereageerd. Ze konden daarbij één of meer van zestien reacties kiezen, waaronder 'niets gedaan' en 'nog iets anders gedaan'. Uit tabel 3.21 is af te lezen hoe veel reacties zij op een dag noteerden.

Tabel 3.21 Aantallen reacties op hoofdpijndagen van hoofdpijnliders en niet-lijders, in percentuele verdelingen (chi-kwadraat) (N=6080)

	aantal reacties					(N)
	0	1	2	3	4+	
dagen van niet-lijders	30,0	34,2	18,6	9,2	8,0	(4010)
dagen van lijders	18,6	31,0	20,4	14,6	15,5	(2070)
totaal	26,1	33,1	19,2	11,1	10,5	(6080)

χ^2 *** p < .001

Niet-lijders ondernemen op een groter deel van hun hoofdpijndagen niets tegen de hoofdpijn; lijders vertonen vaker meer dan één reactie per hoofdpijndag.

In het algemeen vertoont men op zo'n 40% van de dagen meer dan één reactie op hoofdpijn. Vaak gaan reacties dus samen. Drie veel voorkomende reacties (afgezien van 'niets doen') zijn 'het rustiger aan doen, vroeg naar bed gaan', 'medicijnen gebruiken die men in huis heeft of zelf gekocht heeft' (ook kortweg te noemen: op eigen gezag medicijnen gebruiken, of zelfmedicatie), en 'op doktersvoorschrift medicijnen gebruiken'. Uit tabel 3.22 is af te lezen hoe die drie reacties onderling samengaan.

Tabel 3.22 Combinaties van drie reacties op hoofdpijndagen onder hoofdpijnliders en niet-lijders, in percentuele verdelingen

		&geen	&zelfmed	&voormed.	&beide	(N)
rustiger aan	n	64,3	25,6	8,9	1,2	(1364)
doen, vroeg	l	39,3	27,2	29,3	4,2***	(743)
naar bed gaan	t	55,5	26,2	16,1	2,2	(2107)
		&geen	&rustig	&voormed.	&beide	
op eigen gezag	n	56,2	36,6	5,5	1,7	(953)
medicijnen	l	57,2	32,2	5,7	4,9**	(628)
gebruiken	t	56,6	34,9	5,6	3,0	(1581)
		&geen	&rustig	&zelfmed.	&beide	
op voorschrift	n	51,5	31,1	13,3	4,1	(392)
medicijnen	l	54,0	35,2	5,8	5,0***	(619)
gebruiken	t	53,0	33,6	8,7	4,6	(1011)

1 n= dagen van niet-lijders l= van lijders t= totaal

χ^2 ** p < .01 *** p < .001

Als niet-lijdens reageren met rustiger-aan-doen laten ze het daar meestal bij; lijdens combineren dat vaker met medicatie-op-voorschrift of bovendien ook nog met zelfmedicatie. Lijdens die reageren met zelfmedicatie combineren dat vaker met rustiger-aan-doen en bovendien medicatie-op-voorschrift. Lijdens die reageren met medicatie-op-voorschrift, combineren dat minder vaak met alléén zelfmedicatie.

Hoe vaak reageert men nu onder lijdens en niet-lijdens met ieder van de vijftien voorgegeven reacties (exclusief 'iets anders')? Zoals eerder uiteengezet, drukken we dat uit door voor ieder van de respondenten het percentage van zijn hoofdpijndagen te bepalen waarop hij een bepaalde reactie vertoont, en voor lijdens en niet-lijdens de gemiddelden van die percentages te vergelijken. Die gemiddelden zijn af te lezen uit tabel 3.23.

Tabel 3.23 Reacties op hoofdpijndagen onder lijdens en niet-lijdens aan hoofdpijn, in gemiddelden over de respondenten van de percentages van de dagen per respondent

	niet-lijdens	lijdens	totaal
-het rustiger aan doen, vroeg naar bed gaan	36,7	40,5	37,5
-medicijnen gebruiken die men in huis heeft of zelf gekocht heeft	24,8	33,9***	26,8
-niets doen	28,6	19,1***	26,5
-een huismiddeltje gebruiken	17,6	20,6	18,2
-met anderen erover praten	11,9	13,0	12,2
-geen of minder alcoholische dranken drinken	9,2	12,7*	9,9
-de normale dagelijkse activiteiten staken	7,3	14,3***	8,8
-op doktersvoorschrift medicijnen gebruiken	4,7	18,8***	7,8
-extra op de voeding letten, minder of niet roken	6,1	12,2***	7,4
-meer lichaamsbeweging nemen, ontspanningsoefeningen doen	4,5	6,2	4,9
-ziek in bed blijven	3,7	7,5***	4,6
-hulp van familie, vrienden of bureu krijgen	1,8	2,2	1,9
-naar de huisarts gaan	1,0	1,8	1,2
-naar een andere hulpverlener gaan	0,7	1,3	0,9
-in een boek of tijdschrift erover lezen	0,7	0,7	0,8
(N)	(1950)	(536)	(2486)
t-test	* p < .05	*** p < .001	

Lijders reageren vaker met zelfmedicatie en medicatie-op-voorschrift, met minder te drinken en extra op de voeding te letten of minder of niet te roken, en met de dagelijkse activiteiten te staken of ziek in bed te blijven. Niet-lijders reageren vaker door niet te reageren, dus door de klacht te negeren.

Rustiger aan doen, zelfmedicatie en de klacht negeren zijn de drie reacties die men in het algemeen het meest vertoont. Lijders reageren ook vaak met medicatie-op-voorschrift.

Rustiger-aan-doen benadert wellicht het ontspannen dat bij een psychologische behandeling van hoofdpijn systematisch wordt aangeleerd (Sorbi, 1992). De klacht negeren kan tot verergering leiden, als de hoofdpijn een reactie is op niet aflatende dagelijkse beslommeringen, en de spanning zich daardoor ophoopt (Groenman & De Bruijn-Kofman, 1990). Medicatie kan heilzaam zijn, maar kan ook weer leiden tot geneesmiddel-afhankelijke hoofdpijn. Dat laatste geldt zeker ook voor medicatie-op-voorschrift: zo was nog in 1991 "ergotamine-afhankelijke hoofdpijn een veel voorkomende maar nauwelijks bekende complicatie van ergotaminegebruik" (Ferrari & Mulder, 1991). Medicatie, het zij op voorschrift of op eigen gezag, en ook het negeren van de klacht gelden dus als mogelijk riskante reacties; voor rustiger-aan-doen geldt dat niet.

In de volgende sectie vergelijken we het voorkomen van deze vier reacties onder lijders en niet-lijders aan migraine/ernstige hoofdpijn in verschillende bevolkingsgroepen, en onder mensen met een verschillende mate van gemeten onwelbevinden.

Sociaal demografische kenmerken

Om te beginnen vergelijken we hier de reacties op hoofdpijn onder mannen en vrouwen, in tabel 3.24.

Tabel 3.24 Reacties op hoofdpijn naar geslacht, in gemiddelden over de respondenten van de percentages van de dagen per respondent (N=2486)

		mannen	vrouwen
niets doen, klacht negeren	n ¹	29,0	28,3
	l	19,3	19,1
	t	27,4	26,0
rustiger aan doen, vroeg naar bed gaan	n	34,4	38,2
	l	41,7	40,0
	t	35,6	38,7
op eigen gezag medicijnen gebruiken	n	22,3	26,4*
	l	34,0	33,8
	t	24,3	28,2*
op voorschrift medicijnen gebruiken	n	3,5	5,5*
	l	16,7	19,7
	t	5,7	8,9**
(N)	n	(759)	(1191)
	l	(153)	(383)

¹ n = niet-lijdens l = lijdens t = totaal

t-test * p < .05 ** p < .01

Onder niet-lijdens reageren vrouwen vaker dan mannen met zelfmedicatie en medicatie-op-voorschrift op hoofdpijn. Onder lijdens is er geen verschil tussen mannen en vrouwen, in het vertonen van deze vier reacties.

Vervolgens vergelijken we de reacties op hoofdpijn onder mensen in verschillende leeftijdsgroepen, in tabel 3.25.

Tabel 3.25 Reacties op hoofdpijn naar leeftijd, in gemiddelden over de respondenten van de percentages van de dagen per respondent (N=2486)

		0-14 jaar	15-24 jaar	25-44 jaar	45-64 jaar	65 jaar en ouder
niets doen, klacht negeren	n ¹	30,5	31,3	25,2	27,1	27,3
	l	31,3	26,3	15,6	12,3	20,3**
	t	30,6	30,4	23,0	23,1	25,3***
rustiger aan doen, vroeg naar bed gaan	n	41,3	39,2	36,5	31,7	33,6*
	l	27,0	40,1	47,5	42,4	30,5*
	t	40,3	39,4	39,0	34,6	32,7
op eigen gezag medicijnen gebruiken	n	15,8	26,7	27,1	26,9	20,1**
	l	30,4	33,2	38,4	33,9	28,9
	t	16,9	27,9	29,7	28,8	22,6***
op voorschrift medicijnen gebruiken	n	1,0	1,6	4,1	6,7	15,9***
	l	2,5	9,2	17,4	23,6	33,1***
	t	1,1	3,0	7,1	11,3	20,9***
(N)	n	(218)	(682)	(448)	(381)	(221)
	l	(17)	(155)	(132)	(141)	(91)

¹ n = niet-lijdens l = lijdens t = totaal

anova * p < .05

** p < .01

*** p < .001

Niet-lijdens tot 65 jaar reageren met het stijgen van de leeftijd minder vaak op hoofdpijn door rustiger aan te doen, en vaker met medicatie op eigen gezag en op voorschrift. Niet-lijdens van 65 jaar en ouder reageren, vergeleken met niet-lijdens van 45-64 jaar, weer vaker met rustiger-aan-doen, minder vaak met zelfmedicatie, en vaker met medicatie-op-voorschrift.

Onder lijdens reageert men op de leeftijd van 25-44 jaar het meest met rustiger-aan-doen en zelfmedicatie. Met het stijgen van de leeftijd reageren lijdens vaker met medicatie-op-voorschrift. Lijdens tot 65 jaar reageren met het stijgen van de leeftijd minder vaak door de hoofdpijn te negeren; lijdens van 65 jaar en ouder doen dat weer vaker.

We vergelijken nu de reacties op hoofdpijn onder mensen in verschillende leefsituaties, in tabel 3.26.

Tabel 3.26 Reacties op hoofdpijn onder personen van 15 jaar en ouder naar leefsituatie, in gemiddelden over de respondenten van de percentages van de dagen per respondent (N=2251)

		alleen- staand	lid van paar	gezinslid
niets doen, klacht negeren	n ¹ l t	25,6 24,9 25,4	27,8 17,8 25,5	28,9 18,0 26,4
rustiger aan doen, vroeg naar bed gaan	n l t	32,3 34,4 32,8	35,6 39,4 36,5	36,9 42,6 38,2
op eigen gezag medicijnen gebruiken	n l t	28,2 32,6 29,3	26,7 30,0 27,5	25,4 35,6 27,7
op voorschrift medicijnen gebruiken	n l t	8,2 23,1 11,9	6,7 26,2 11,3	4,2* 16,4* 7,0***
(N)	n l	(177) (58)	(389) (120)	(1166) (341)

¹ n = niet-lijdens l = lijdens t = totaal

anova * p < .05

*** p < .001

Onder lijdens en niet-lijdens reageren leden van een gezin het minst vaak op hoofdpijn met medicatie op voorschrift; minder vaak dan leden van een paar en alleenstaanden.

Vervolgens vergelijken we de reacties op hoofdpijn onder mensen met een verschillend opleidingsniveau, in tabel 3.27.

Tabel 3.27 Reacties op hoofdpijn onder personen van 15 jaar en ouder naar opleiding, in gemiddelden over de respondenten van de percentages van de dagen per respondent

		LO	LBO	MAVO/ HAVO/VWO	MBO	HBO/ univ.
niets doen, klacht negeren	n ¹	28,5	26,7	31,8	29,6	23,8
	l	17,9	16,9	19,7	16,5	22,5
	t	25,8	24,2	29,2	26,4	23,6
rustiger aan doen, vroeg naar bed gaan	n	35,2	37,8	34,9	36,6	36,2
	l	42,2	40,3	37,8	46,3	41,8
	t	37,0	38,4	35,6	39,0	37,1
op eigen gezag medicijnen gebruiken	n	25,8	26,4	26,2	25,2	26,8
	l	34,6	34,5	30,8	35,8	40,3
	t	28,0	28,5	27,2	27,8	28,9
op voorschrift medicijnen gebruiken	n	11,2	5,6	3,0	2,5	1,8***
	l	24,1	22,5	15,0	15,2	16,3
	t	14,4	9,9	5,6	5,6	4,0***
(N)	n	(348)	(423)	(416)	(244)	(221)
	l	(117)	(142)	(116)	(79)	(41)

¹ n = niet-lijdende l = lijdende t = totaal anova *** p < .001

Niet-lijdende met een lager opleidingsniveau reageren vaker op hoofdpijn met medicatie-op-voorschrift.

We vervolgen met een vergelijking van de reacties op hoofdpijn onder mensen in verschillende werksituaties, in tabel 3.28.

Tabel 3.28 Reacties op hoofdpijn onder personen van 15 jaar en ouder naar werksituatie, in gemiddelden over de respondenten van de percentages van de dagen per respondent (N=2214)

		betaald werk	huis- houden	onder- wijs	uitkering	pensioen
niets doen, klacht negeren	n ¹ l t	29,0 18,5 26,9	24,6 16,5 22,2	34,2 33,1 34,1	24,7 18,3 22,8	26,1 8,5 22,3**
rustiger aan doen, vroeg naar bed gaan	n l t	34,1 40,0 35,3	39,7 41,3 40,2	39,7 44,1 40,3	41,3 43,0 41,8	24,7* 41,8 28,3*
op eigen gezag medicijnen gebruiken	n l t	25,5 36,8 27,8	28,4 33,0 29,8	24,7 27,1 25,1	26,8 25,4 26,4	14,3 46,6 21,2
op voorschrift medicijnen gebruiken	n l t	2,0 14,8 4,7	9,9 23,0 13,8	2,0 7,2 2,8	11,5 31,4 17,5	22,3*** 38,2*** 25,8***
(N)	n l	(920) (240)	(406) (176)	(209) (36)	(109) (47)	(56) (15)

¹ n = niet-lijdende l = lijdende t = totaal

anova * p < .05

** p < .01

*** p < .001

Onder niet-lijdende reageren gepensioneerden het minst met rustiger-aan-doen en zelfmedicatie, en het meest met medicatie-op-voorschrift. Onder lijdende reageren gepensioneerden ook het meest met medicatie-op-voorschrift. Onder lijdende reageren gepensioneerden ook het meest met medicatie op voorschrift. Mensen, die betaald werk hebben, of onderwijs volgen nemen opvallend weinig medicatie op voorschrift. Dit geldt vooral voor de niet-lijdende. Kennelijk wordt onder die omstandigheden niet gemakkelijk tijd uitgetrokken voor een huisartsbezoek.

We vervolgen met een vergelijking van reacties op hoofdpijn onder mensen met een verschillend inkomensniveau, in tabel 3.29.

Tabel 3.29 Reacties op hoofdpijn onder personen van 15 jaar en ouder naar netto huishoudinkomen per maand, in gemiddelden over de respondenten van de percentages van de dagen per respondent

		tot f 1550	f 1550 - f 1950	f 1950 - f 2525	f 2525 - f 3500	vanaf f 3500
niets doen, klacht negeren	n ¹	25,7	27,0	28,4	30,5	25,3
	l	21,2	18,3	17,3	16,2	15,3
	t	24,6	24,7	25,5	28,1	23,1
rustiger aan doen, vroeg naar bed gaan	n	34,2	40,4	34,9	35,3	32,8
	l	37,4	41,6	37,4	43,9	50,1
	t	35,0	40,7	35,5	36,7	36,6
op eigen gezag medicijnen gebruiken	n	25,4	29,0	25,6	26,6	25,8
	l	26,7	31,3	39,7	32,5	36,9
	t	25,7	29,6	29,2	27,6	28,2
op voorschrift medicijnen gebruiken	n	11,3	4,8	5,1	4,9	2,3***
	l	32,1	23,7	13,8	17,3	19,5*
	t	16,5	9,8	7,3	7,0	6,1***
(N)	n	(226)	(200)	(329)	(325)	(255)
	l	(75)	(73)	(114)	(65)	(72)

¹ n = niet-lijdende l = lijdende t = totaal anova * p < .05 *** p < .001

Niet-lijdende met een lager inkomen reageren vaker op hoofdpijn met medicatie-op-voorschrift; onder lijdende is dit verband niet lineair.

De relatie met psychisch onwelbevinden

In deze paragraaf vergelijken we de reacties op hoofdpijn onder mensen met een verschillende mate van onwelbevinden, zoals gemeten met de General Health Questionnaire GHQ. De resultaten zijn vermeld in tabel 3.30.

Tabel 3.30 Reacties op hoofdpijn onder personen van 15 jaar en ouder naar onwelbevinden (GHQ-score), in gemiddelden over de respondenten van de percentages van de dagen per respondent

		GHQ-scores		
		0-4	5-9	10+
niets doen, klacht negeren	n ¹	8,7	25,9	25,7
	l	19,9	17,3	14,2
	t	26,8	23,8	20,9
rustiger aan doen, vroeg naar bed gaan	n	35,2	42,8	33,4
	l	40,8	37,0	40,1
	t	36,4	41,4	36,2
op eigen gezag medicijnen gebruiken	n	25,9	26,4	27,1
	l	35,1	37,4	26,2
	t	27,9	29,1	26,7
op voorschrift medicijnen gebruiken	n	4,6	8,2	11,3**
	l	16,4	22,1	34,0***
	t	7,1	11,5	20,7***
(N)	n	(1412)	(148)	(88)
	l	(393)	(47)	(63)

¹ n = niet-lijdende l = lijdende t = totaal

anova ** p < .01

*** p < .001

Lijders en niet-lijders met een ernstiger gemeten onwelbevinden reageren vaker op hoofdpijn met medicatie-op-voorschrift. In het voorkomen van de andere reacties zijn hier geen verschillen.

3.8 Ziekteverzuim ten gevolge van hoofdpijnklasten

In deze paragraaf besteden we aandacht aan het ziekteverzuim dat optreedt ten gevolge van hoofdpijnklasten. Daarbij wordt wederom uitgegaan van de gegevens uit de dagboekjes die de patiënten gedurende drie weken hebben bijgehouden. Aangenomen wordt dat er sprake is van verzuim als de respondent heeft ingevuld dat hij of zij 'de normale dagelijkse activiteiten heeft moeten staken' en/of 'ziek in bed moest blijven'. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen werkverzuim (mensen met een betaalde baan), schoolverzuim (degenen die dagonderwijs volgen) en 'verzuim' in het huishouden. Respondenten met een uitkering en gepensioneerden worden buiten beschouwing gelaten. Tabel 3.31 geeft een aantal cijfers over het ziekteverzuim in de genoemde drie groepen weer.

Tabel 3.31 Ziekteverzuim t.g.v. hoofdpijnlachten, gedurende drie weken, bij respondenten met betaald werk, dagonderwijs en in het huishouden

	Betaald werk	Dagonderwijs	Huishouden
Aantal respondenten	1160	479	582
Perc. respondenten met verzuim	13,2	16,9	19,1** ¹
Gemiddeld aantal verzuimdagen			
- totaal	0,226	0,274	0,339** ²
- resp. met verzuim	1,71	1,62	1,77
Gemiddeld perc. verzuimdagen	8.3	12.1	11.1** ²

¹ χ^2 ** p < .01

² anova ** p < .01

Het verzuim ten gevolge van hoofdpijnlachten is het hoogst bij respondenten die het huishouden doen. Dat geldt zowel voor het relatieve aantal patiënten met verzuim als voor het gemiddeld aantal verzuimdagen. Wanneer we echter alleen respondenten met verzuim bekijken is er geen verschil. De verhouding tussen het aantal verzuimdagen en het aantal dagen dat de respondenten hoofdpijn hebben gehad is het hoogst bij degenen die dagonderwijs volgen.

In navolging van paragraaf 3.7 wordt het gemiddeld percentage dagen met verzuim in verschillende patiëntengroepen nader onderzocht. Ten eerste is nagegaan of respondenten die aangaven dat ze lijden aan ernstige hoofdpijn/migraine meer verzuim hebben dan degenen die dit niet hebben aangegeven (Tabel 3.32).

Tabel 3.32 Gemiddeld percentage dagen met ziekteverzuim t.g.v. hoofdpijnklachten bij respondenten die wel en niet zeggen te lijden aan ernstige hoofdpijn/migraine, naar werksituatie

	Lijders	Niet-lijders
Betaald werk	16,1	6,3***
Dagonderwijs	15,6	11,6
Huishouden	17,0	8,6***

t-test *** $p < .001$

Vooral in het huishouden en bij de betaalde banen is een aanzienlijk verschil in het gemiddeld percentage verzuimdagen. Lijders aan ernstige hoofdpijn/migraine hebben dus meer verzuim op dagen dat ze hoofdpijn hebben.

Om na te gaan of bepaalde patiëntkenmerken mogelijk samenhangen met het ziekteverzuim, zullen steeds de resultaten over de totale groep en de lijders en niet-lijders worden gepresenteerd.

Uit tabel 3.33 blijkt dat er geen geslachtsverschil is te vinden bij respondenten met een betaalde baan. Bij de respondenten die dagonderwijs volgen zien we wel een geslachtsverschil: mannen hebben een relatief groter percentage verzuimdagen dan vrouwen. Bij de lijders aan ernstige hoofdpijn/migraine is dit verschil overigens niet significant. De cijfers voor respondenten die het huishouden doen zijn niet gepresenteerd vanwege de geringe variatie met betrekking tot geslacht.

Tabel 3.33 Gemiddeld percentage dagen met verzuim bij respondenten die wel en niet zeggen te lijden aan ernstige hoofdpijn/migraine, naar werksituatie en geslacht

		Mannen	Vrouwen
Betaalde baan	n	5,9	6,7
	l	16,4	15,9
	t	7,6	9,0
Dagonderwijs	n	15,0	9,1*
	l	18,7	13,0
	t	15,4	9,5*

¹ n = niet-lijders l = lijders t = totaal
t-test * p < .05

Tabel 3.34 toont dat leeftijd nauwelijks samenhangt met ziekteverzuim. Alleen in het dagonderwijs hebben jonge kinderen (tot 15 jaar) een hoger verzuim percentage dan de oudere (15 tot en met 24 jaar).

Tabel 3.34 Gemiddeld percentage dagen met verzuim bij respondenten die wel en niet zeggen te lijden aan ernstige hoofdpijn/migraine, naar werksituatie en leeftijd

		0-14	15-24	25-44	45-64	65+
Betaalde baan	n		7,1	5,6	8,2	
	l		9,1	18,7	14,7	
	t		7,4	8,2	10,1	
Dagonderwijs	n	14,8	8,5			
	l	26,0	11,1			
	t	15,6	8,7*			
Huishouden	n		10,0	8,4	11,0	2,0
	l		15,7	19,2	16,5	1,0
	t		11,5	11,7	12,8	1,8

¹ n = niet-lijders l = lijders t = totaal
t-test * p < .05

Wanneer de leefsituatie wordt onderzocht, valt op dat de alleenstaanden met een betaalde baan een hoger gemiddeld ziekteverzuimpercentage hebben dan mensen die deel uit maken van een paar of gezin (tabel 3.35). Dit geldt in sterkere mate voor de lijders aan ernstige hoofdpijn/migraine.

Tabel 3.35 Gemiddeld percentage dagen met verzuim bij respondenten die wel en niet zeggen te lijden aan ernstige hoofdpijn/migraine, naar werksituatie en leefsituatie

		alleenstaand	lid van paar	gezinslid
Betaald werk	n	11,1	5,4	5,9
	l	28,1	21,9	11,9*
	t	14,0	9,0	7,1*
Huishouden	n	9,0	7,1	8,9
	l	10,2	15,5	18,2
	t	9,4	9,6	11,7

¹ n = niet-lijders l = lijders t = totaal
anova * p < .05

Er zijn geen samenhangen gevonden tussen opleiding en inkomen aan de ene kant en het gemiddeld percentage verzuim dagen van respondenten met een betaalde baan of in het huishouden aan de andere kant.

Tenslotte wordt de GHQ-score in het onderzoek betrokken. Het is namelijk mogelijk dat respondenten die ook een hoge mate van psychisch onwelbevinden ervaren vaker zullen verzuimen. Tabel 3.36 toont de resultaten.

Tabel 3.36 Gemiddeld percentage dagen met verzuim bij respondenten die wel en niet zeggen te lijden aan ernstige hoofdpijn/migraine, naar werksituatie en GHQ-score

		GHQ-score		
		0-4	5-9	10 +
Betaald werk	n	5,8	11,5	7,4
	l	15,7	19,4	11,6
	t	7,7	13,3	8,8
Dagonderwijs	n	12,6	7,9	7,0
	l	12,6	18,8	25,0
	t	12,6	8,9	10,3
Huishouden	n	8,1	6,6	9,1
	l	13,5	39,2	19,1**
	t	9,6	17,3	14,1

¹ n = niet-lijders l = lijders t = totaal
anova ** p < .01

De mate van psychisch onwelbevinden blijkt nauwelijks samen te hangen met ziekteverzuim. Alleen bij degenen die het huishouden doen en zeggen te lijden aan ernstige hoofdpijn/migraine is er een significant verschil. Echter niet zoals verwacht: de middencategorie blijkt het hoogste percentage verzuimdagen ten gevolge van hoofdpijnklasten te hebben gehad.

Met behulp van een lineaire regressie analyse is nagegaan welke factoren, indien gecontroleerd wordt voor de overige patiëntkenmerken, een significante invloed hebben op het percentage verzuimdagen ten gevolge van hoofdpijnklasten. Het lijden aan ernstige hoofdpijn/migraine en de leef-situatie (alleenstaanden) blijken fors bij te dragen aan het werkverzuim.

Bij respondenten die dagonderwijs volgen heeft alleen leeftijd een negatieve invloed.

Bij 'verzuim' in het huishouden speelt alleen het lijden aan ernstige hoofdpijn/migraine een significante rol.

Overigens blijkt uit de R^2 dat met behulp van de in de vergelijking betrokken variabelen slechts een zeer klein gedeelte van de variatie in het percentage verzuimdagen kan worden verklaard (tabel 3.37).

Tabel 3.37 Regressie-analyse met het percentage verzuimdagen als afhankelijke variabele, ongestandaardiseerde regressie-coëfficiënten

	Betaald werk	Dagonderwijs	Huishouden
leeftijd	.001	-.005	-.000
geslacht (vrouw)	.016	-.049	.105
lijden aan hoofdpijn/migr. paar	.107***	.037	.090**
alleenstaand	.026	--	-.008
opleiding	.058**	--	-.041
inkomen	-.006	--	-.009
GHQ-score	-.003	--	-.000
	.003	--	-.000
Adj. R^2	.044	.024	.010
t-test	* p < .05	** p < .01	*** p < .001

Samenvattend kunnen we concluderen dat lijders aan ernstige hoofdpijn/migraine vaker verzuim hebben ten gevolge van hoofdpijnklasten. Dit geldt met name voor degenen met een betaalde baan en in het huishouden. Onder mensen met betaald werk zijn het daarnaast ook vooral de alleenstaanden die een hogere mate van werkverzuim ten gevolge van hoofdpijnklasten hebben.

3.9 Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn de onderzoeksvragen met betrekking tot migraine en andere vormen van hoofdpijn in de populatie op basis van gegevens van de patiëntenquête en het gezondheidsdagboek beantwoord.

Hoofdpijn is een veel voorkomende klacht die retrospectief gemeten bijna 29% van de mensen over een periode van twee weken treft; prospectief gemeten heeft de groep, die hoofdpijn als klacht noteert (22,5%) over een periode van drie weken gemiddeld 2,4 dagen last van hoofdpijn. Vrouwen in de vruchtbare leeftijd worden het meest getroffen.

De diagnose migraine/ernstige hoofdpijn wordt door bijna 9% van de ondervraagden gerapporteerd, vooral ook weer door vrouwen in de vruchtbare leeftijd.

Onderliggende patronen van uitlokkende factoren (roken, drank, koffie, sport, hormonale factoren en stress), prodromata (specifieke klachten) en determinanten (leeftijd, geslacht, sociale positie/leefsituatie) zijn nagegaan aan de hand van indeling op basis van samenhangende klachten die gerelateerd zijn aan migraine en andere vormen van hoofdpijn. Een verdeling in nerveuze klachten, spanningsklachten en klachten van vegetatieve aard is daarbij de rode draad.

De samenhang van migraine/ernstige hoofdpijn met deze specifieke klachten is wat betreft sociaal-demografische kenmerken het sterkst bij oudere vrouwen (met name spanningsklachten), bij alleenstaanden, bij uitkeringsgerechtigden, bij lager opgeleiden en lagere inkomensgroepen (met name nerveuze en vegetatieve klachten).

De samenhang van migraine/ernstige hoofdpijn met deze specifieke klachten is wat betreft de overige factoren (gezondheidsattent gedrag, pilgebruik, belastende levensgebeurtenissen en psychisch onwelbevinden) het sterkst bij geheelonthouders (met name vegetatieve klachten), beperkt koffiegebruikers (met name vegetatieve klachten), mensen die niet sporten, mensen met een inkomenstegenvaller en bij sterk psychisch onwelbevinden.

Om het effect van de samenhang van de verschillende onafhankelijke variabelen op het voorkomen van migraine/ernstige hoofdpijn na te gaan, zijn voorwaarts stapsgewijze logistische regressie-analyses uitgevoerd (tabel 3.38). Leeftijd is daarbij in categorieën ingedeeld, omdat vanuit univariabele analyses geen continu verband blijkt te bestaan tussen hoofdpijn en stijgende leeftijd. Kinderen beneden 15 jaar zijn niet in deze analyse meegenomen.

Het is reeds bekend dat migraine bij vrouwen meer voorkomt dan bij mannen. Om te zien of bij vrouwen en mannen verschillende factoren tot migraine/ernstige hoofdpijn bijdragen, zijn voor beide geslachten afzonderlijk regressie-analyses gedaan. Bij vrouwen is ook de interactie van pil en leeftijd in samenhang met migraine/ernstige hoofdpijn getest.

Tabel 3.38a Logistische regressie-analyse van de kans op het hebben van migraine/ernstige hoofdpijn voor mannen met als onafhankelijke variabelen psychisch onwelbevinden (GHQ), drankgebruik en werksituatie (personen 15 jaar en ouder)

variabele	B	odds-ratio
GHQ	.074***	1.08
drankgebruik	-.323***	.72
werksituatie		
(pensioen)	-.223	.79
(uitkering)	.516*	1.68
(dagonderwijs)	.041	1.04
(huishouden)	-.224	.80

Verandering in de log-likelihood:

- 2 LL model 73.058***
- 2 LL residu 1668.512***
- 2 LL totaal 1741.57

Proportionele reductie - 2 LL: 0.042

Er is bij mannen sprake van een zelfstandig effect van psychisch onwelbevinden, drankgebruik en werksituatie; mannen met hoge opleiding hebben weinig last, mannen die weinig drinken en mannen met een hoge score voor psychisch onwelbevinden hebben veel last van migraine/ernstige hoofdpijn (tabel 3.38). Ook mannen met een uitkering hebben veel kans op migraine/ernstige hoofdpijn. Opleiding, inkomen, leefsituatie, koffiegebruik en sporten blijken bij mannen geen belangrijke indicator voor het optreden van migraine/ernstige hoofdpijn. Deze variabelen bleken niet significant in de logistische regressie-analyse. Leeftijd ($p < .06$) en roken ($p < .09$) naderden statistische significantie. Mogelijk hebben mannen in de leeftijdsgroep van 25-44 jaar en rokers ook meer kans op migraine/ernstige hoofdpijn.

Tabel 3.38b Logistische regressie-analyse van de kans op het hebben van migraine/ernstige hoofdpijn voor vrouwen met als onafhankelijke variabelen leeftijd, opleiding, psychisch onwelbevinden en pilgebruik in diverse leeftijdsgroepen

variabele		B	odds-ratio
leeftijd	15-24	.069	1.07
	25-44	.297**	1.35
	45-64	.981***	2.67
	> 65	- 1.347***	.26
opleiding		-.092**	.91
GHQ		.060***	1.06
pil bij	15-24	.245	1.28
	25-44	-.071	.93
	45-64	.737**	2.09

Bij vrouwen is er sprake van een zelfstandig effect van leeftijd, opleiding, psychisch onwelbevinden en pilgebruik bij vrouwen rond de menopauze.

Vrouwen in de leeftijdscategorie 25-64 jaar hebben meer last dan die op jongere, of op oudere leeftijd. Vrouwen met weinig opleiding hebben meer last evenals vrouwen met een grote mate van psychisch onwelbevinden. Pilgebruik bij vrouwen in de leeftijdscategorie 45-64 jaar is eveneens geassocieerd met meer last van migraine/ernstige hoofdpijn. Mogelijk wordt de pil in deze leeftijdsgroep vooral gebruikt voor het bestrijden van klachten gerelateerd aan de menopauze, waarvan ook hoofdpijn een onderdeel kan zijn. De hoofdpijn moet dan meer als oorzaak dan als gevolg van het pilgebruik gezien worden. Echter, ook pilgebruik bij jonge vrouwen (15-24 jaar) nadert significantie ($p < .08$) en gaat dus mogelijk met meer migraine/ernstige hoofdpijn gepaard.

Ook leefsituatie ($p < .06$) en koffiegebruik ($p < .07$) bij vrouwen naderen significantie. Ongehuwde vrouwen en vrouwen die veel koffie drinken, lijken meer last te hebben van migraine/ernstige hoofdpijn.

Vervolgens is nagegaan hoe personen die lijden resp. niet lijden aan migraine/ernstige hoofdpijn omgaan met de klacht hoofdpijn. Lijders reageren vaker met name door medicatie en leefregels, niet-lijders wachten vaker af door niets te doen.

Niets doen of de klacht negeren komt vaker voor bij jongeren en zij die (dag)onderwijs volgen.

Rustiger aandoen, vroeg naar bed gaan is bij niet-lijders van 0-14 jaar en de lijders van 25-44 jaar gewoon, maar bij gepensioneerden niet gewoon.

Op eigen gezag medicatie gebruiken doen vooral vrouwen in de vruchtbare

leeftijd, die niet-lijders zijn.

Op voorschrift medicijnen gebruiken doen vooral alleenstaande oudere vrouwen met een hoge score op psychisch onwelbevinden.

Ziekteverzuim wordt vooral bepaald door het lijden aan ernstige hoofdpijn/migraine als chronische aandoening. Onder mensen met betaald werk zijn het daarnaast vooral alleenstaanden, die een hogere mate van werkverzuim ten gevolge van hoofdpijnklasten hebben.

4. MIGRAINE EN ANDERE VORMEN VAN HOOFDPIJN IN DE HUISARTSPRAKTIJK

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk handelt over migraine en andere vormen van hoofdpijn in de huisartspraktijk in Nederland. De selectie van gegevens is gebaseerd op contacten in de Nationale Studie waarbij de verschillende soorten hoofdpijn als klachten of diagnoses zijn geregistreerd. Vervolgens zijn hieruit **alle** ziekte-episoden met als episodenaam één van de geselecteerde ICPC-codes, te weten hoofdpijn, Hortonse neuralgie, spanningshoofdpijn en migraine, geselecteerd. Tevens zijn alle gevallen waarbij hoofdpijn als klacht of diagnose is geregistreerd, maar waarbij de episodenaam een psychosociaal probleem betreft in de analyses betrokken*. In verband met de overzichtelijkheid en ter verduidelijking van hun specifieke karakter zullen de resultaten voor de verschillende diagnosegroepen steeds afzonderlijk worden gepresenteerd.

Een beschrijving van de door de patiënten gepresenteerde klachten zal in paragraaf 4.2 plaatsvinden. Aan de patiënt, sociaal demografische kenmerken en comorbiditeit wordt paragraaf 4.3 gewijd. In paragraaf 4.4 zal aandacht worden besteed aan de rol van de huisarts en diens praktijkassistente. Dit geldt zowel voor het diagnostisch proces als voor het gevoerde beleid: interventies, medicatie en verwijzingen. De handelwijze van de Nederlandse huisartsen zal zoveel mogelijk worden gelegd naast de NHG-standaard Migraine in paragraaf 4.5.

4.2 Van hoofdpijn als klacht naar episode gebonden informatie

Hoofdpijn als klacht

Om een eerste indruk te krijgen van de relatieve omvang van de betreffende onderzoeksgroep zijn in eerste instantie alle contacten geselecteerd waarin 'hoofdpijn'** als reden voor komst, m.a.w. als klacht, wordt genoemd. Het gaat hier in totaal om 9097 contacten. Ongeveer 90 procent wordt door de huisarts zelf afgehandeld. In de registratie kon worden aangegeven of een patiënt voor de eerste keer met de betreffende klacht naar de huisartspraktijk kwam, of dat de patiënt reeds voor de registratieperiode met de betreffende klacht bekend was (zie tabel 4.1).

* Voor een uitgebreide bespreking van de selectie van de onderzoeksgroep wordt verwezen naar Hoofdstuk 2. Methoden.

** Hiervoor is ICPC-code N01.0 als uitgangspunt genomen: 'Hoofdpijn (excl. sinuspijn, migraine, spanningshoofdpijn)'. Het gaat dus om een 'aspecifieke' hoofdpijnklacht.

Tabel 4.1 Totaal aantal contacten waarin 'hoofdpijn' (ICPC-code N01.0) als klacht is gepresenteerd, naar contactsoort

	Huisarts	Assistente	Totaal
Eerste contacten	5009	424	5433
Vervolgcontacten/ periodieke controles	2789	353	3142
Recidief	516	6	522
Totaal	8314	783	9097

Voor een eerste globale indicatie van het diagnostisch proces bij hoofdpijnklachten wordt nagegaan welke uiteindelijke diagnose de huisarts aan deze 'hoofdpijnklacht' heeft gekoppeld. Het gaat hierbij dus niet om de diagnose in het betreffende contact, maar om de uiteindelijke episodenaam, d.w.z. de diagnose in het laatste contact van de registratieperiode. Dit moet echter worden beperkt tot de patiënten die in de registratieperiode voor de eerste keer met hun hoofdpijnklacht de huisarts hebben geconsulteerd (N=5009). Van de anderen is namelijk een belangrijk deel van de voorgeschiedenis onbekend omdat de registratie midden in de ziekte-episode is gestart. In tabel 4.2 staan de 15 meest voorkomende episodenaamen vermeld. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen contacten waarin naast hoofdpijn ook vegetatieve klachten zoals misselijkheid en braken zijn gepresenteerd (kolom 2) en de contacten waarbij dit niet het geval is geweest (kolom 1). Het is bekend dat bij het ziektebeeld migraine, naast hoofdpijn ook vaak dergelijke vegetatieve klachten kunnen voorkomen. Te verwachten is dus dat in deze contacten, het percentage migrainediagnosen relatief groter zal zijn.

Tabel 4.2 De Top-15 van episodenaamen van eerste contacten met de huisarts waarin 'hoofdpijn' (ICPC-code N01.0) als klacht is gepresenteerd

Hoofdpijn als klacht zonder misselijkheid of braken			Hoofdpijn als klacht met misselijkheid of braken		
Episodenaam	Aantal	Perc.	Episodenaam	Aantal	Perc.
1. Sinusitis	1094	22.9	1. Migraine	42	17.9
2. Spanningshoofdpijn	508	10.6	2. Commotio cerebri	24	10.3
3. Infectie bov.luchtwegen	425	8.9	3. Infect. maag/darm NNO	22	9.4
4. Hoofdpijn	405	8.5	4. Virusinfecties NNO	19	8.1
5. Migraine	209	4.4	5. Influenza	16	6.8
6. Virusinfecties NNO	200	4.2	6. Hoofdpijn	15	6.4
7. Influenza	195	4.1	7. Afw.maagfunctie/gastritis	10	4.3
8. Surmenage/neurasthenie	125	2.6	8. Sinusitis	5	2.1
9. Myalgie/fibrositis	106	2.2	9. Surmenage/neurasthenie	5	2.1
10. Ongecompl.hypertensie	96	2.0	10. Infectie bov.luchtwegen	5	2.1
11. Angstige, nerveuze, gesp., insufficiënte gevoelens	70	1.5	11. Braken	4	1.7
12. Acute stress/voorbijg. reactieve probl.	69	1.4	12. Angstige, nerv., gespannen insuff.gevoelens	4	1.7
13. Commotio cerebri	57	1.2	13. Acute stress/voorbijg. reactieve probl.	4	1.7
14. Geen ziekte	50	1.0	14. Spanningshoofdpijn	4	1.7
15. Acute bronchitis/-ioltis	44	0.9	15. Infectie bov. luchtwegen	4	1.7
Restgroep	1122	23.5	Restgroep	51	21.8
Totaal	4775	100	Totaal	234	100

Een redelijk percentage van de hoofdpijnklachten is te beschouwen als een symptoom voor een andere ziekte. Met name sinusitis, infectie van de bovenste luchtwegen, virusinfecties en influenza kunnen in dit verband worden genoemd. Ook de grootte van de restgroep (23,5% resp. 21,8%) duidt erop, dat nog vele hier niet genoemde diagnoses met hoofdpijn gepaard gaan. Daarnaast blijkt in een geringer aantal gevallen (totaal ongeveer 24 procent) dat de klacht 'hoofdpijn' wordt getransformeerd in één van de genoemde 'hoofdpijn'diagnosen. Spanningshoofdpijn wordt het meest genoemd, gevolgd door de aspecifiekere diagnose 'hoofdpijn' en migraine. Wanneer in het eerste contact ook sprake is van misselijkheid en/of braken zien we echter een heel ander beeld. Hoewel het hier slechts om 234 gevallen gaat geven de percentages toch enig inzicht. Migraine komt op de eerste plaats te staan, gevolgd door commotio cerebri en infecties van het maagarmkanaal. Dit indiceert dat de diagnose 'migraine' relatief vaker wordt gesteld wanneer er naast hoofdpijn ook misselijkheid en braken zijn geregistreerd.

Omdat hoofdpijn als symptoom van een andere (infectie)-ziekte voor het onderhavig onderzoek minder relevant is, beperken we ons in het vervolg

slechts tot de volgende ziekte-episoden: de episoden waarbij één van de vier genoemde ICPC-codes als uiteindelijke episodenaam is geregistreerd plus de ziekte-episoden waarbij hoofdpijn of migraine als klacht/diagnose is genoemd en waarbij de uiteindelijke episodenaam een psychosociaal karakter heeft (in het vervolg spreken wij van psycho-sociale hoofdpijn). Op deze wijze zijn 4911 ziekte-episoden geselecteerd. De verdeling over de episodenaamen staat in onderstaande tabel 4.3.

Tabel 4.3 Kenmerken van de geselecteerde ziekte-episoden

Episodenaam (ICPC-code)	Aantal patiënten	Aantal episoden	Aantal contacten	Aantal klachten
Hoofdpijn (N01.0)	1584	1584 (462)*	1989	2464
Migraine (N89.0)	1237	1237 (334)	1576	1947
Hortonse neuralgie (N99.4)	21	21 (11)	32	41
Spanningshoofdpijn (P10.0)	1009	1009 (586)	1280	1765
Psychosociaal (diverse ICPC-codes)	1051	1060 (602)	1213	2314
Totaal	4902	4911 (1995)	6090	8531

*) Het aantal nieuwe ziektegevallen, d.w.z. incidente episoden.

Uit deze tabel blijkt dat met betrekking tot hoofdpijn, migraine, Hortonse neuralgie en spanningshoofdpijn het aantal episoden overeenkomt met het aantal patiënten. Blijkbaar zijn er geen patiënten die meer dan één episode met dezelfde naam hebben. In totaal hebben 21 patiënten echter wel twee episoden met een andere episodenaam. Aangezien de analyses steeds uitgesplitst zullen worden naar episodenaam heeft dit geen consequenties voor de uitkomsten.

Van de patiënten met 'psycho-sociale' hoofdpijn hebben er 9 twee episoden. Dit is, gezien de samenstelling van deze groep, niet verrassend. Hoe deze groep is opgebouwd wordt getoond in de onderstaande tabel 4.4, die de 15 meest voorkomende episodenaamen bevat.

Tabel 4.4 Samenstellende top 15 van episoden psychosociale problemen met hoofdpijn

ICPC Episodenaam	Totaal	
	N	%
P78 Surmenage/neurasthenie	195	(18.4%)
P01 Angstige,nerv.,gesp.,insuff.	142	(13.4%)
P02 Acute stress/voorbijg.probl.	126	(11.9%)
P76 Exogene,neur.depressie	101	(9.5%)
A97 Geen ziekte	89	(8.4%)
A04 Algemene malaise	57	(5.4%)
A29 Psych.probl./kl.NEC	55	(5.2%)
L01 Symptomen/klachten nek	51	(4.8%)
A01 Pijn algemeen en niet gespec.	22	(2.1%)
Z07 Probl. tav opleiding/studie	17	(1.6%)
P07 Slaapstoornissen	14	(1.3%)
Z05 Probl.ivm werk NEC	14	(1.3%)
Z20 Relatieprobl.ouder/ov.fam leden	12	(1.1%)
P03 Depressieve gevoelens	10	(0.9%)
Restgroep	155	(14.6%)
Totaal	1060	(100%)

Het blijkt dat surmenage/neurasthenie de meest frequente episodenaam is, gevolgd door angstige/nerveuze gespannenheid/insufficientie gevoelens en acute stress/ voorbijgaande problematiek en exogene neurotische depressie. Deze 4 episodenaamen vormen samen meer dan 50% van de diagnoses binnen onderhavige categorie hoofdpijnliders.

Van klacht naar diagnose

In de voorgaande paragraaf is een globale beschrijving gegeven van de klacht hoofdpijn in de (eerste) contacten van patiënt en huisarts. In deze paragraaf willen wij de klacht nader analyseren met als uitgangspunt de episodenaamen hoofdpijn, migraine, Hortonse neuralgie, spanningshoofdpijn en 'psychosociale hoofdpijn'.

Allereerst zijn in tabel 4.5a de klachten weergegeven die de patiënten met hoofdpijn, migraine, Hortonse neuralgie en spanningshoofdpijn hebben geuit in alle contacten met de huisarts/assistente gedurende de registratieperiode van 3 maanden; wij tekenen hierbij aan dat patiënten in een contact meerdere klachten kunnen uiten, de getallen in de tabel zijn dan ook gepercenteerd naar het totaal aantal contacten (N=6090). De percentages komen dan ook uit boven de 100%.

Tabel 4.5a

Top 10 reden voor contact van patiënten naar huisartspraktijk met betrekking tot hoofdpijn, migraine, Hortonse neuralgie, spanningshoofdpijn en psychosociale problematiek met hoofdpijn, in percentages

	Hoofdpijn	Migraine	Horton	Spannings- hoofdpijn	Psychosoc.- hoofdpijn	Totaal
Hoofdpijn (excl. sinuspijn, migraine, spanningshoofdpijn)	46.3	32.0	50.0	80.4	48.4	50.7
Medicatieverzoek (betrekking hebbend op het zenuwstelsel en de psyche)	47.4	46.4	21.9	6.7	2.0	36.2
Migraine	0.5	14.3	--	0.6	0.3	5.0
Symptomen/ klachten nek	1.2	0.7	--	10.7	2.7	3.5
Duizeligheid	1.7	1.5	--	2.7	4.1	1.9
Misselijkheid	0.8	2.5	--	0.9	1.4	1.4
Partieel medisch onderzoek	0.7	2.5	--	0.6	0.0	1.3
Algemene malaise	1.3	0.7	--	1.6	8.6	1.2
Braken	0.8	2.4	--	0.4	0.3	1.2
Spanningshoofdpijn	0.2	0.2	--	2.8	1.3	0.9
Restgroep	18.7	6.4	43.9	30.9	22.0	19.1
Tot. aantal klachten (absoluut)	2464	1947	41	1765	2314	8531
Tot. aantal contacten (absoluut)	1989	1576	32	1280	1213	6090

De klachten in tabel 4.5a hebben betrekking op alle klachten die in de loop van de verschillende episoden naar voren zijn gebracht. Het merendeel van de gepresenteerde klachten betreft hoofdpijn (N01.0) of een medicatieverzoek. Opvallend hierbij is dat in de contacten met een episodenaam spanningshoofdpijn en 'psycho-sociale' hoofdpijn er weinig verzoeken om medicamenten, betrekking hebbend op het zenuwstelsel en psyche, zijn. Symptomen of klachten van de nek komen meer voor in de contacten die betrekking hebben op spanningshoofdpijn. Wederom valt op dat misselijkheid en braken relatief vaker voorkomen binnen migraine-episoden.

Het is in dit verband interessant te kijken naar de klachten die geuit zijn in het eerste contact, daar dit een beeld kan geven van de moeilijkheden bij het stellen van de diagnose en een indruk geeft van de verscheidenheid in het presenteren van klachten in de populatie; de eerste contacten hebben betrekking op de nieuwe ziektegevallen. Deze gegevens worden in de onderstaande tabel getoond. De getallen zijn gepercenteerd op het aantal klachten in het eerste contact; aangezien patiënten meer dan een klacht kunnen uiten komen de percentages uit boven de 100%.

Tabel 4.5b Klachten in het eerste contact van patiënten met een **incidente** episode hoofdpijn, migraine, Hortonse neuralgie, spanningshoofdpijn en psychosociale problematiek met hoofdpijn, in percentages

Klacht	Hoofdpijn N=462	Migraine N=334	Horton N=11	Spannings- hoofdpijn N=586	Psycho-soc. hoofdpijn N=602
Hoofdpijn	71,3	64,3	75,0	70,2	48,9
Sympt./klachten nek	23,0	0,7	--	8,1	3,0
Algehele malaise	1,7	0,7	--	1,3	8,2
Misselijkheid	1,7	5,2	--	0,4	1,9
Braken	0,3	4,5	--	--	0,4
Duizeligheid	1,7	0,7	--	1,9	4,6
Visusklachten	2,3	10,0	12,5	1,3	1,4
Hormonale klachten	1,7	1,1	--	1,1	1,1
Trauma/ ov. bewegingsapparaat	4,5	2,6	--	1,7	4,0
Psycho-sociale problemen	1,7	1,9	--	6,0	10,4
Bijwerkingen geneesmiddelen/ medisch handelen	2,3	--	--	0,4	0,5
Restgroep	8,7	8,2	12,5	7,7	15,7
Totaal aantal klachten	355	269	8	470	804

Uit tabel 4.5b blijkt dat patiënten zich in het eerste contact reeds in een groot aantal gevallen presenteren met de klacht hoofdpijn. Deze algemene klacht hoofdpijn domineert in feite het totale klachtenpatroon, zelfs bij hoofdpijn met psychosociale problematiek.

Daarnaast vindt men in elke episodegroep klachten vermeld die men verwachten kan als symptoom op grond van de episodenaam. Patiënten met een episodenaam migraine uiten vaker klachten over misselijkheid en braken en hebben ook vaker klachten over de visus. Vermeldenswaard is dat van de 49 eerste contacten waarin de klacht migraine werd geuit in 45 gevallen de uiteindelijke episodenaam ook migraine (=91.8%) is.

In de eerste contacten zijn verzoeken om medicamenten uiteraard weinig frequent.

Van diagnose naar episode

De klachten van de patiënten die in tabel 4.5b zijn beschreven zijn gerelateerd aan de uiteindelijke episodenaam. Aangezien te verwachten valt dat zich in de loop van een episode de uiteindelijke diagnose nader zal uitkristalliseren, hebben wij gekeken naar de diagnoses die gesteld zijn n.a.v. de klachten in het eerste contact in relatie tot hun episodenaam; de episodenaam komt overeen met de diagnose die in het laatste contact is gesteld. Hiervoor zijn die incidente episodes geselecteerd, waarin minimaal twee contacten voorkomen.

Op deze wijze kunnen wij een beeld krijgen van de andere diagnoses waaronder de 4 hoofdpijnepisoden (tijdelijk) schuil kunnen gaan. Deze diagnoses worden in tabel 4.6 getoond; het bevat dus zowel de waarschijnlijkheidsdiagnose alsmede de differentiaaldiagnose die de huisarts stelde in het eerste contact van patiënten met hoofdpijn, migraine, Hortonse neuralgie en spanningshoofdpijn.

Tabel 4.6 Diagnosen gesteld in het eerste contact per 100 **incidente** en ≥ 2 contacten omvattende episoden hoofdpijn, migraine, Hortonse neuralgie, spanningshoofdpijn en psychosociale problematiek met hoofdpijn

ICPC	Diagnose eerste contact	Hoofdpijn N=261	Migraine N= 191	Hortonse neuralgie N=9	Spannings- hoofdpijn N=354	Psychosoc. hoofdpijn N=401
N01	hoofdpijn	78,5	3,1	--	1,4	4,0
N89	migraine	4,6	93,2	--	5,1	1,7
N99.4	Hortonse neuralgie	0,8	--	85,7	--	0,2
P10	spanningshoofdpijn	7,3	8,9	--	89,0	4,5
P78	surmenage/neurastenia	0,4	1,0	--	1,1	22,4
P01	angst/insufficiënte gevoelens	2,2	1,0	14,3	2,0	11,5
P02	acute stress	0,4	1,0	--	1,4	11,2
R75	sinusitis	3,1	3,7	--	5,1	3,2
L01	symptomen/klachten nek	1,5	0,5	--	0,8	5,5
L18	myalgie/fibrositis	1,5	1,0	--	0,8	3,0
A97	geen ziekte	--	--	--	--	5,2
K86	ongecompl. hypertensie	0,4	0,5	--	1,1	2,5
A77	virusinfectie NNO/NEC	1,1	--	14,3	0,3	2,5
A04	algehele malaise	0,8	--	--	--	3,0
P29	psychische problemen NEC	--	0,5	--	0,3	3,0
	restgroep	31,0	18,8	28,6	17,5	53,9
	totaal aantal diagnoses in eerste contact	261	191	7	354	401

Het blijkt dat met name bij migraine de diagnose van het eerste contact het best overeenkomt met de uiteindelijke episodenaam. Voor hoofdpijn, Hortonse neuralgie en spanningshoofdpijn liggen deze getallen wat lager, maar nog steeds hoog. Bij de psychosociale problematiek met hoofdpijn treedt de meeste variatie op met betrekking tot diagnose in het eerste contact.

Voor migraine geldt dat in 7% de diagnose nog niet in het eerste contact wordt overwogen. Spanningshoofdpijn en sinusitis zijn de meest voorkomende andere diagnoses waaronder migraine aanvankelijk schuil kan gaan.

Voor spanningshoofdpijn geldt dat dit schuil kan gaan onder de diagnose sinusitis en migraine. Voor hoofdpijn geldt dat dit aanvankelijk schuil kan gaan onder de diagnoses migraine en spanningshoofdpijn.

In de registratie van contacten hebben huisartsen aan de hand van een vijfpuntsschaal kunnen aangeven hoe zeker zij over de gestelde diagnose waren. In tabel 4.7a is deze vijfpuntsschaal teruggebracht tot een driepuntsschaal onzeker, twijfel en zeker en is de zekerheid bekeken over alle contacten resp. de zekerheid in het laatste contact (tussen haakjes aangeduid).

Tabel 4.7a Zekerheid diagnose naar (laatste) contacten (in %)

	CONTACTEN			
	Hoofdpijn N= 1989	Migraine N= 1576	Spannings- hoofdpijn N= 1280	Psychosoc. probl. met hoofdpijn N= 1213
onzeker	9,1 (10,4)	4,2 (33,0)	(3,2 (2,5)	3,3 (3,2)
twijfel	17,7 (19,1)	13,5 (14,8)	11,1 (10,7)	9,4 (8,6)
zeker	73,2 (70,4)	82,3 (81,9)	85,7 (86,7)	87,3 (88,2)

Aspecifieke hoofdpijn leidt het meest tot onzekerheid, hetgeen logisch is. Opvallend is de relatief hoge twijfel bij de diagnose migraine; echter gezien de therapeutische consequenties is het gerechtvaardigd, dat de huisarts voorzichtig is met deze diagnose.

Er is ook gekeken in hoeverre de diagnose migraine overwogen is in een contact, maar uiteindelijk toch niet de definitieve diagnose binnen de 3 maanden registratie is geworden (tabel 4.7b). Dit aantal is bijzonder laag.

Tabel 4.7b Aantal contacten in episodes (absoluut), waarbij diagnose migraine overwogen is, maar uiteindelijk een andere aan hoofdpijn gelieerde diagnose is gesteld

	Hoofdpijn N = 1584	Spannings- hoofdpijn N = 1009	Psychosoc. probl. met hoofdpijn N = 1060
aantal contacten (absoluut)	45	48	30

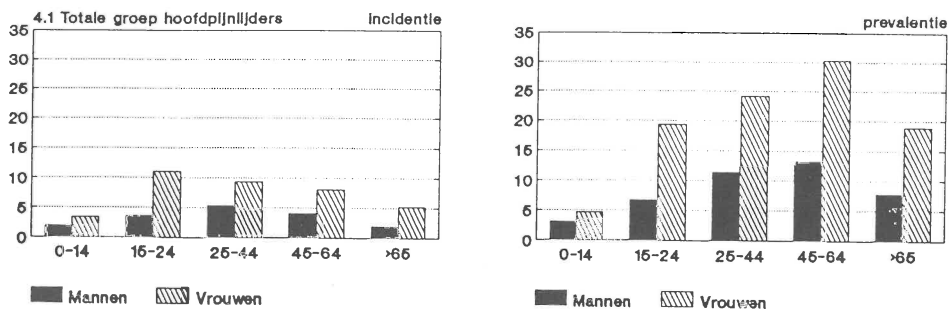
4.3 De patiënt

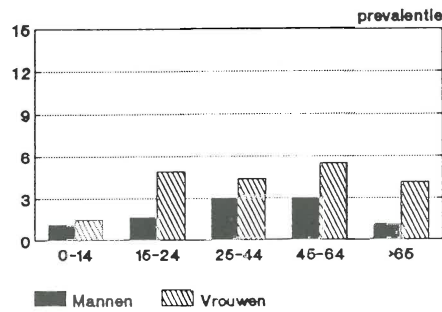
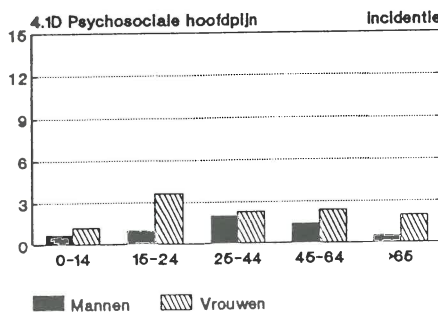
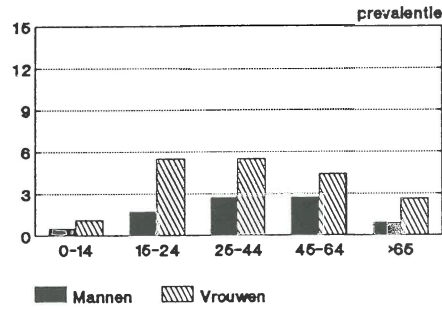
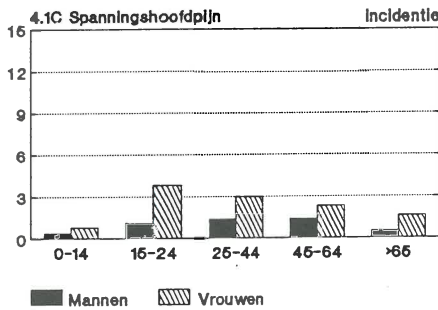
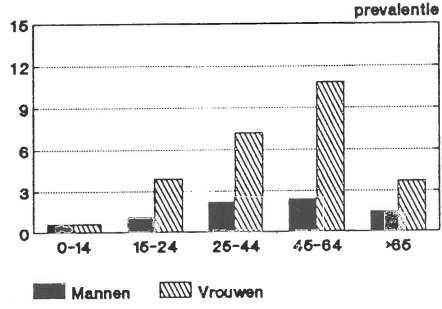
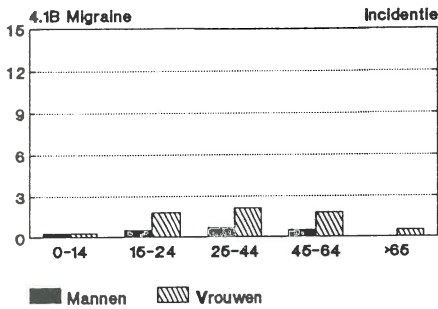
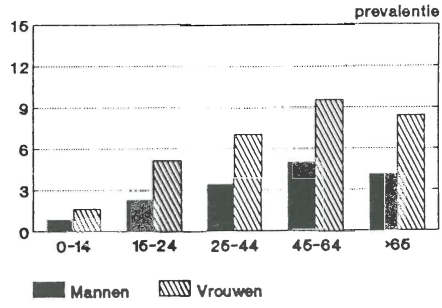
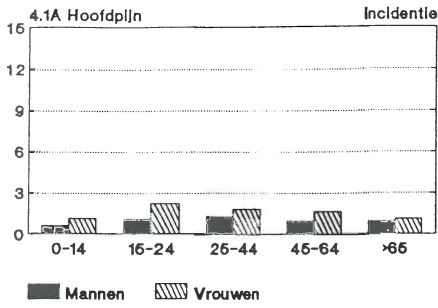
Sociaal-demografische kenmerken

De geselecteerde patiënten zijn onderverdeeld in de 5 genoemde episodengroepen. Wij hebben de geslachts- en leeftijdsverdeling van deze patiënten afzonderlijk onderzocht. In figuur 4.1 worden de incidentie en prevalentie naar leeftijd en geslacht van het totale aantal patiënten weergegeven en daarna in de figuren 4.1A t/m D per episode afzonderlijk, behalve voor Hortonse neuralgie waarvoor de aantallen voor goede weergave te klein zijn. Zowel incidentie als prevalentie is weergegeven per 1000 personen per drie maanden.

Daarbij kunnen de volgende definities gehanteerd worden (Alderson 1988):
 incidentie: het aantal patiënten dat in drie maanden hoofdpijn ontwikkelt gedeeld door de totale studiebevolking.
 prevalentie: het aantal patiënten met hoofdpijn in drie maanden gedeeld door de totale studiebevolking.

Figuur 4.1 Incidentie en prevalentie van hoofdpijn (hoofdpijn, migraine, spanninghoofdpijn en psychosociale hoofdpijn) naar leeftijd en geslacht per 1000 personen per drie maanden





Uit figuur 4.1 blijkt dat vrouwen hun huisarts 2.5 maal zo vaak frequenteren als mannen. Deze bevindingen komen overeen met gegevens uit de literatuur.

Met betrekking tot de incidentie van de diverse vormen van hoofdpijn valt de piekscore van vrouwen van 15-24 jaar en van mannen van 25-44 jaar voor zowel specifieke hoofdpijn, spanningshoofdpijn als psychosociale problematiek met hoofdpijn op. De incidentie voor migraine is voor beide geslachten in de leeftijd van 25-44 jaar het hoogst. Prevalentie van de diverse vormen van hoofdpijn varieert met de leeftijd en laat tussen de geslachten een redelijk constant verschil zien. Migraine neemt toe met de leeftijd, met als piek 45-64 jaar en neemt vanaf 65 jaar sterk af. Spanningshoofdpijn doet zich vooral in de jongere leeftijdscategorieën voor, bij vrouwen meer dan bij mannen. Psychosociale problematiek met hoofdpijn is gelijkmatig verdeeld over de volwassenen.

Vervolgens is de verdeling naar sociale positie per individuele ziektecategorie bestudeerd (tabel 4.8 a, b, c).

Tabel 4.8a Prevalentie hoofdpijn, migraine, spanningshoofdpijn en psychosociale problemen met hoofdpijn in de huisartspraktijk naar leefsituatie per 1000 personen per drie maanden

		hoofdpijn N= 1584	migraine N= 1237	spannings- hoofdpijn N= 1009	psychosociale problemen met hoofdpijn N= 1060
alleenstaand	m	3,4	1,2	2,2	3,1
	v	7,3	4,5	4,0	5,4
	t	5,9	3,4	3,4	4,6
paar	m	4,1	1,8	2,1	2,8
	v	7,0	7,9	4,6	5,0
	t	5,6	5,0	3,4	4,0
volledig gezin	m	2,8	1,6	1,8	1,8
	v	5,8	5,2	3,8	3,5
	t	4,3	3,4	2,8	2,6
éénoudergezin	m	2,5	2,1	1,8	3,0
	v	6,3	5,6	5,9	5,3
	t	4,8	4,2	4,2	4,3

Bij de prevalentie in de huisartspraktijk naar leefsituatie vertoont de 'volledig gezin' situatie de laagste aantallen. Specifieke hoofdpijn scoort hoog bij alleenstaande vrouwen en migraine hoog onder vrouwen bij paren (tabel 4.8a).

Tabel 4.8b Prevalentie hoofdpijn, migraine, spanningshoofdpijn en psychosociale problemen met hoofdpijn in de huisartspraktijk naar opleidingsniveau per 1000 personen per drie maanden

		hoofdpijn N=1584	migraine N=1237	spannings- hoofdpijn N=1009	psychosociale problemen met hoofdpijn N=1060
laag	m	3,2	1,2	1,4	1,5
	v	5,8	3,7	3,2	3,7
	t	4,6	2,5	2,4	2,7
midden	m	3,1	1,9	2,3	2,5
	v	6,8	7,4	5,1	4,7
	t	5,1	4,8	3,8	3,7
hoog	m	1,8	1,8	1,6	3,2
	v	3,3	6,4	2,5	3,3
	t	2,4	3,7	2,0	3,2

Wat betreft de prevalentie in de huisartspraktijk naar opleidingsniveau blijkt de middengroep, dat zijn zij die LBO, MAVO/HAVO/VWO of MBO hebben voltooid, bij alle vormen van hoofdpijn het hoogst te scoren. Van alle hoofdpijnvormen scoort migraine het hoogst bij de midden en hoog opgeleide vrouwen (tabel 4.8b). Hoog opgeleide mannen vertonen een hoge score bij psychosociale problemen met hoofdpijn en mannen met een lagere opleiding bij specifieke hoofdpijn.

Tabel 4.8c Prevalentie hoofdpijn, migraine, spanningshoofdpijn en psychosociale problemen met hoofdpijn in de huisartspraktijk naar werksituatie per 1000 personen per drie maanden

		N=	hoofdpijn N= 1584	migraine N= 1237	spannings- hoofdpijn N= 1009	psychosoc. problemen met hoofdpijn N= 1060
kind/student	m	49352	1,1	0,8	0,6	0,9
	v	46648	2,3	1,1	2,0	2,1
	t	96010	1,7	1,0	1,4	1,5
militaire dienst	m	880	3,4	--	1,1	1,1
	v	--	--	--	--	--
	t	880	3,4	--	1,1	1,1
huisvrouw/ -man	m	937	6,4	2,1	4,3	9,6
	v	37212	9,3	9,2	5,6	4,5
	t	38149	9,3	9,1	5,6	4,5
werkend	m	62925	3,2	2,3	2,8	3,0
	v	37025	5,9	7,6	5,2	5,6
	t	99950	4,2	4,3	3,7	4,0
werkloos	m	4329	5,1	1,6	1,8	2,8
	v	2697	5,6	5,2	8,9	4,4
	t	7026	5,3	3,0	4,6	3,4
WAO/AAW	m	6237	9,0	1,4	3,0	6,4
	v	1930	16,6	13,5	7,3	3,7
	t	8167	10,8	4,3	4,1	7,2
VUT/ pensioen	m	20229	4,3	1,5	0,9	1,3
	v	26819	8,3	3,8	2,3	4,0
	t	47048	6,9	3,0	1,7	3,0

Wanneer de prevalentie in de huisartspraktijk naar werksituatie in ogenschouw wordt genomen, vallen de volgende zaken op. De hoge scores met betrekking tot specifieke hoofdpijn van huisvrouw/man en WAO/AAW'ers vallen op. De lage score met betrekking tot migraine van huismannen en de lage score met betrekking tot alle vormen van hoofdpijn van werkloze mannen springen er gunstig uit (tabel 4.8c). Huisvrouwen en vrouwen in de WAO/AAW hebben een hoge prevalentie van migraine.

Tabel 4.8d Prevalentie hoofdpijn, migraine, spanningshoofdpijn en psycho-sociale problemen met hoofdpijn in de huisartspraktijk naar beroepsklasse per 1000 personen per drie maanden

		hoofdpijn	migraine	spannings- hoofdpijn	psychosociale problemen met hoofdpijn
Hoofdarbeid:					
hoog + midden	m	1,9	1,4	1,3	2,2
	v	3,4	5,0	2,8	2,6
	t	2,6	2,9	1,9	2,4
Hoofdarbeid:					
laag	m	2,5	1,7	1,9	2,9
	v	5,4	6,7	5,0	4,6
	t	4,4	4,9	3,9	4,0
Zelfstandigen/boeren	m	3,5	1,8	1,1	1,3
	v	3,6	3,9	2,3	4,7
	t	3,6	2,4	1,4	2,3
Handarbeid:					
hoog + midden	m	3,6	1,8	2,2	2,2
	v	5,2	3,4	3,6	3,9
	t	4,0	2,3	2,6	2,6
Handarbeid:					
laag	m	3,9	2,1	2,9	2,4
	v	8,2	6,5	4,6	4,6
	t	6,1	4,3	3,7	3,5

Tot slot de prevalentie in de huisartspraktijk naar beroepsklasse. Aspecifieke hoofdpijn komt in alle beroepsklassen, behalve de hoogste, het meest voor. Migraine scoort hoog bij hoofdarbeid, spanningshoofdpijn en psychosociale problematiek, vooral in de beroepsklasse hoofdarbeid laag (tabel 4.8d).

Co-morbiditeit

Co-morbiditeit is gedefinieerd als het naast elkaar voorkomen van klinische entiteiten, die al dan niet in samenhang met elkaar verkeren (Feinstein 1970). In onderhavige studie is comorbiditeit onderverdeeld in twee groepen. In de eerste plaats onderscheidt men de groep **onderliggende ziekten**, zoals deze door de huisarts op het contactregistratieformulier is geregistreerd. Hieronder worden die ziekten of problemen begrepen die, volgens de huisarts, een directe relatie hebben met de gepresenteerde klacht of de gestelde diagnose, in deze studie dus hoofdpijn. Deze ziekten of problemen zijn gerubriceerd in grote diagnostische entiteiten zoals CARA en arthrosis deformans en zijn niet nader gespecificeerd.

In de tweede plaats is er de groep ziekten of problemen die geregistreerd zijn als **parallele episoden**. Hieronder worden die ziekte episoden begrepen waarvoor de 'hoofdpijnpatiënten' tijdens de registratieperiode van de Nationale Studie eveneens hun huisarts hebben geconsulteerd. Deze parallele episoden behoeven dus geen directe relatie te hebben met de gepresenteerde hoofdpijnlachten.

Onderliggende ziekten

Uit de literatuur is bekend dat hoofdpijn gerelateerd is aan psychosociale problematiek en men mag verwachten dat m.n. in de groep spanningshoofdpijn en hoofdpijn deze problemen een rol spelen en uiteraard in de groep psychosociale hoofdpijn (Clifford Rose 1986, Welch 1987, Leijdekkers en Passchier 1990). Wij hebben de analyse van de onderliggende ziekten verricht op episodeniveau, de getallen zijn dus gerelateerd aan het aantal episoden. In tabel 4.9 worden de meest voorkomende onderliggende ziekten getoond. Aangezien het bij Hortonse neuralgie slechts gaat om een beperkt aantal episoden wordt deze niet gerapporteerd. De gegevens van de totale nationale studie zijn in de laatste kolom als referentiekader weergegeven. De onderstreepte getallen geven een significant verschil ($p < 0.01$) weer met de Nationale Studie, berekend met de Chi-kwadraattoets.

Tabel 4.9 Onderliggende ziekten per 1000 episoden hoofdpijn, migraine, spanningshoofdpijn en psychosociale problematiek met hoofdpijn per drie maanden (in vergelijking met de Nationale Studie)

	Hoofdpijn N=1584	Migraine N=1237	Spannings- hoofdpijn N=1009	Psychosoc. hoofdpijn N=1060	Nationale Studie N=309125
Relatie/gezins- moeilijkheden	<u>43,6</u>	<u>62,2</u>	19,1	21,8	25,8
Werk/studieproblemen	<u>24,6</u>	<u>36,4</u>	14,3	15,1	11,3
Depressief beeld	16,4	18,6	<u>62,8</u>	<u>125,5</u>	12,6
Verslavingsproblematiek	5,1	2,4	<u>10,0</u>	7,5	3,7
Geweld/mishandeling	4,4	3,2	4,0	<u>6,6</u>	1,9
Chron. hartziekte	3,8	5,7	14,9	<u>26,4</u>	15,2
Hypertensie	10,1	4,0	2,0	9,4	27,1
Perifeer vaatlijden	5,7	1,6	3,0	3,8	5,8
CVA	--	2,4	8,9	6	4,8
DM	1,9	2,4	5,0	--	10,0
CARA	3,8	1,6	5,0	--	18,9
Arthrosis deformans	4,4	2,4	5,0	--	9,4
zwangerschap	3,8	1,6	5,0	--	7,6

Uit de tabel blijkt dat de huisarts het probleem hoofdpijn van de patiënten vaak gerelateerd acht aan het bestaan van met name relatie-, gezins-, werk- en studieproblemen. Verder blijkt ca. 5% van de patiënten een depressief

beeld te vertonen, en dit is met name gerelateerd aan spanningshoofdpijn en hoofdpijn met psychosociale problematiek. De genoemde 3 onderliggende ziekten vertegenwoordigen ca. 11% van de onderliggende ziekten op episodenniveau, waarvan een relatie met de hoofdpijnklaften mag worden aangenomen.

Parallele episoden

De registratie van de parallelle episoden toont ons een ander beeld omtrent de co-morbiditeit dan de registratie van de onderliggende ziekten. Wij kunnen ons hierbij een beeld vormen van de andere ziekten of klachten waarmee de hoofdpijnpatiënten hun huisarts raadpleegden. Deze parallelle episoden behoeven geen directe relatie te hebben met de hoofdpijn.

In de onderstaande tabel 4.10 worden de parallelle episoden getoond. Wederom zijn de gegevens uit de totale Nationale Studie als referentiekader in de laatste kolom weergegeven en geven de onderstreepte getallen een significant verschil ($p < 0,01$) weer, berekend met de Chi-kwadraattoets.

Tabel 4.10 Top 10 parallelle episoden per 1000 episoden hoofdpijn, migraine, spanningshoofdpijn en psychosociale problematiek met hoofdpijn per drie maanden (in vergelijking met de Nationale Studie)

ICPC	Hoofdpijn N=1584	Migraine N=1237	Spannings- hoofdpijn N=1009	Psychosoc. hoofdpijn *) N=1060	Nationale Studie N=309125
K86 ongecompl. hypertensie	<u>93</u>	71	53	88	45
L18 myalgie/fibrositis	<u>55</u>	<u>34</u>	<u>47</u>	<u>48</u>	19
W11 anticonceptie (vrouw)	<u>80</u>	<u>66</u>	<u>108</u>	<u>80</u>	68
R74 inf. bovenste luchtwegen	53	39	<u>50</u>	48	34
P01 angst/nerv. insuff.	<u>72</u>	<u>51</u>	<u>38</u>	--	21
P07 slaapstoornissen	<u>67</u>	<u>51</u>	25	--	20
A97 geen ziekte	<u>35</u>	23	<u>34</u>	--	18
S88.2 eczeem NEC	26	18	<u>27</u>	21	16
P76 depressie	<u>25</u>	<u>23</u>	<u>20</u>	--	8
T90 diabetes mellitus	<u>30</u>	13	14	12	12
Totaal aantal parallele episoden	2896	1767	1550	1367	

*) de ICPC-codes P01, P07, P76 en A97 zijn samenstellend voor deze categorie en kunnen dus niet als parallelle episode fungeren

In het algemeen blijkt dat psychische aandoeningen zoals angst/nerveuze gespannenheid/ insufficientie gevoelens, slaapstoornissen en depressie vaker voorkomen bij mensen die tevens lijden aan hoofdpijn, migraine, spanningshoofdpijn of 'psychosociale' hoofdpijn. Ook myalgie/fibrositis komt meer voor bij hoofdpijnpatiënten. Verder komen alle categorieën hoofdpijn meer voor bij gebruiksters van anticonceptie, en komt specifieke hoofdpijn meer voor bij diabetes mellitus.

Wij merken hier nog op dat een aantal patiënten meerdere parallele episoden heeft.

4.4 Diagnostiek en behandeling

In deze paragraaf worden diagnostiek en behandeling van migraine en andere vormen van hoofdpijn in de huisartspraktijk besproken. Daar slechts 21 episoden Hortonse neuralgie beschikbaar zijn, blijven deze in de analyses buiten schot. Het beleid van de huisarts met betrekking tot Hortonse neuralgie ligt het dichtst bij dat van migraine. Alleen lichamelijk onderzoek doet de huisarts bij Hortonse neuralgie meer, met name bloeddrukmeting, KNO- en oogonderzoek.

Diagnostiek

Ondanks het feit dat diagnostiek met betrekking tot migraine en andere vormen van hoofdpijn in de literatuur weinig aandacht krijgt, wordt er in de huisartspraktijk wel de nodige tijd aan besteed. In tabel 4.11 staat een overzicht met betrekking tot diagnostiek. Lichamelijk onderzoek wordt betrekkelijk vaak gedaan, met name bloeddrukmeting. Dit gebeurt het meest frequent bij de categorieën spanningshoofdpijn en psychosociale problematiek met hoofdpijn. Röntgenonderzoek betreft vrijwel steeds een foto van de schedel, hetgeen opvallend vaak wordt aangevraagd bij spanningshoofdpijn.

Tabel 4.11 Diagnostiek per 1000 episoden hoofdpijn, migraine, spanningshoofdpijn en psychosociale problematiek met hoofdpijn

	Hoofdpijn N= 1584	Migraine N= 1237	Spannings- hoofdpijn N= 1009	Psychosoc. hoofdpijn N= 1060
Lichamelijk onderzoek	303	261	658	609
bloeddrukmeting	184	152	379	342
KNO	121	61	214	186
ogen	71	75	125	81
neurologisch	69	84	157	104
wervelkolom	44	39	251	108
Bloedonderzoek	46	25	61	142
HB/BSE/Leuco's	42	23	57	136
Urine-onderzoek	1	1	—	4
Röntgen diagnostiek	19	6	44	26
x-schedel	16	3	34	16

Behandeling

Nadat de huisarts het diagnostische proces heeft voltooid, kan men het handelen grofweg in 3 categorieën verdelen, namelijk de niet-medicamenteuze therapie, de medicamenteuze therapie en het verwijzen, zowel binnen de eerste lijn als naar de tweede lijn. Deze 3 categorieën zullen in de volgende paragrafen behandeld worden. Tevens wordt aandacht besteed aan het 'follow up'-beleid van de huisarts.

De analyse van de gegevens is wederom op episodeniveau verricht.

Niet-medicamenteuze therapie

De niet-medicamenteuze therapie van de huisarts kenmerkt zich in het algemeen door de gespreksvoering (passief-luisterend en actief explorerend) en het geven van voorlichting, zowel over de aandoening als over de klacht. Bij de behandeling van hoofdpijnpatiënten dienen deze aspecten ruime aandacht te krijgen, zoals ook de NHG-standaard adviseert. Met betrekking tot de voorlichting kunnen wij alleen constateren of deze gegeven is; over de inhoud kan geen uitspraak gedaan worden, daar dit in de Nationale Studie niet geregistreerd is.

In tabel 4.12 worden de belangrijkste niet-medicamenteuze behandelingen van de hoofdpijnpatiënten weergegeven op episodeniveau.

Tabel 4.12 Verrichtingen in de huisartspraktijk per 1000 episoden hoofdpijn, migraine, spanningshoofdpijn en psychosociale problematiek met hoofdpijn

	Hoofdpijn N= 1584	Migraine N= 1237	Spannings- hoofdpijn N= 1009	Psychosoc. hoofdpijn N= 1060
gespreksvoering	231	226	541	654***
voorlichting & advies	232	323	565	475***
aankijken	49	22	69	90***
dieet	1	1	2	7*
bedrust	10	8	10	30***
medicatie zonder recept	24	14	37	27**
lopende medicatie	15	22	15	23
med. techn. verrichtingen	11	9	4	4
vaccinaties	1	--	--	--
overigen	24	11	23	16*

χ^2 * p < .05 ** p < .01 *** p < .001

Het blijkt dus dat de gespreksvoering en het geven van voorlichting een belangrijke plaats innemen bij de behandeling. In de episoden van patiënten met psychosociale hoofdpijn wordt percentueel meer aandacht besteed aan gespreksvoering, hetgeen samenhangt met de etiologie van deze ziektebeelden.

Opmerkelijk is verder dat er bij de behandeling praktisch geen plaats is voor dieetadviezen.

Wat betreft de niet-medicamenteuze therapie zijn geen verschillen tussen eerste contacten en herhaalcontacten geconstateerd.

Medicamenteuze therapie

Wij zullen in deze paragraaf de medicamenteuze behandeling op episodenniveau bespreken. In het algemeen geldt dat bij migraine in 85,9% van de episoden in drie maanden een medicament wordt voorgeschreven, bij hoofdpijn in 76,8%, bij spanningshoofdpijn 46,9% en bij psychosociale problemen met hoofdpijn in 43,1%.

In tabel 4.13 worden de belangrijkste medicamentengroepen genoemd.

Tabel 4.13 Medicamenteuze therapie per 1000 episoden hoofdpijn, migraine, spanninghoofdpijn en psychosociale problematiek met hoofdpijn

		Hoofdpijn N= 1584	Migraine N= 1237	Spannings- hoofdpijn N= 1009	Psychosoc. hoofdpijn N= 1060
ATC	<u>Anti-attack</u>				
N02BE	paracetamol (+ combinaties)	411	99	180	83
N02BA	acetylsalicylzuur (+ combinaties)	86	62	32	25
A03FA	anti-emetica	5	52	6	6
N02CA	secale alkaloiden (ergotaminen)	31	406	16	7
	<u>Profylaxe</u>				
N02CX	histamine/serotonine antagonisten	8	89	22	5
C04AX	calcium antagonisten	16	88	19	9
C07A	beta-blockers	16	51	30	18
N05BA/CD	benzodiazepinen	27	28	74	163
M01A	antiphlogistica	42	27	50	22
N03	anti-epileptica	9	6	3	7
N06A	tricyclische anti-depressiva	6	3	9	47
M03BB	thiazine derivaten	4	5	28	3

Uit de tabel blijkt dat de voorgeschreven medicamenten goed overeenkomen met de indicaties die men bij elke episode mag verwachten.

In de episoden *hoofdpijn* is paracetamol (al dan niet in combinatiepreparaten) het meest voorgeschreven medicament, gevolgd door acetylsalicylzuur/carbasalaatcalcium (al dan niet in combinatie preparaten). Opmerkelijk is dat in 3,1% van de episoden met de naam hoofdpijn ergotamine preparaten worden voorgeschreven. Mogelijk zijn dit gevallen waarbij de diagnose onvoldoende is uitgekristaliseerd.

In de episoden die betiteld zijn als *migraine*, wordt ergotamine (al dan niet in combinatie preparaten) het meest voorgeschreven. Paracetamol wordt nog in 10% van de episoden voorgeschreven. Pizotifeen en clonidine worden in 8.8% van de episoden voorgeschreven, metoclopramide en domperidon in 5.2% van de episoden.

In de episoden met de naam *spanningshoofdpijn* wordt paracetamol het meest voorgeschreven, gevolgd door een benzodiazepine. Ook valt op dat in 2 procent van deze gevallen specifieke migraine-middelen (met name ergotaminen) worden voorgeschreven.

In de episoden *psychosociale problematiek met hoofdpijn* worden benzodiazepinen het vaakst voorgeschreven, gevolgd door paracetamol (al dan niet in combinatie preparaten).

Verwijzingen

In deze paragraaf zal het verwijsgedrag van de huisarts met betrekking tot zijn hoofdpijnpatiënten besproken worden. Daarbij zullen zowel de verwijzingen binnen de eerste lijn (maatschappelijk werk, geestelijke gezondheidszorg, RIAGG en fysiotherapie) als naar de medische specialisten in de tweede lijn besproken worden.

Eerste lijn. In het algemeen blijkt dat patiënten met een episode spanningshoofdpijn percentueel het meest worden verwezen binnen de eerstelijnsgezondheidszorg namelijk in 121 episoden d.i. 12% van de episoden, gevolgd door patiënten met psycho-sociale hoofdpijn namelijk in 71 episoden d.i. 6.7%.

Verwijzingen naar de fysiotherapeut nemen het grootste aandeel in binnen de eerstelijnsverwijzingen en hierbij wordt de grootste groep gevormd door patiënten met een episode spanningshoofdpijn namelijk 105 episoden d.i. 10.4%. Verwijzingen naar andere eerstelijnsinstellingen nemen slechts een zeer bescheiden positie in.

Tabel 4.14 Verwijzingen binnen de eerstelijnsgezondheidszorg per 1000 episoden hoofdpijn, migraine, spanningshoofdpijn en psychosociale problematiek met hoofdpijn

Instantie	Hoofdpijn N = 1584	Migraine N = 1237	Spannings- hoofdpijn N = 1009	Psychosoc. hoofdpijn N = 1060
Fysiotherapie	18	20	104	40
GGZ	3	1	5	13
RIAGG	0	1	3	5
Maatsch. werk	1	1	9	9
Totaal verwijzingen (absoluut)	32	27	121	71

Tweede lijn. Het totaal aantal episoden, waarin verwijzingen naar de tweede lijns gezondheidszorg plaatsvonden, komt globaal overeen met dat van de eerste lijn. Verwijzingen naar medisch specialisten in de tweede lijn vinden plaats in 202 episoden, dat is 4.1% van alle episoden. In absolute getallen wordt in episoden met hoofdpijn het vaakst verwezen; 80 maal (= 5,1%).

In alle 4 episodenamengroepen wordt het vaakst verwezen naar de neuroloog, gevolgd door de oogarts.

Met name in de episoden hoofdpijn vinden veel verwijzingen plaats en wel m.n. naar de neuroloog en de oogarts. Aangezien bij deze diagnose gedacht kan worden aan onderliggende ziektebeelden, is dit niet verwonderlijk. Tevens valt op dat in 2.8% van episoden met migraine een verwijzing naar de neuroloog plaatsvindt.

Tabel 4.15 Verwijzingen naar medisch specialisten in de tweede lijn per 1000 episoden hoofdpijn, migraine, spanningshoofdpijn en psychosociale problematiek met hoofdpijn

	Hoofdpijn N= 1584	Migraine N= 1237	Spannings- hoofdpijn N= 1009	Psycho-soc. hoofdpijn N= 1060
Neurologie	31	28	2	22
Oogheelkunde	10	4	4	6
KNO	4	--	--	4
Psychiatrie	0,6	0,8	--	--
Ov. snijdend	3	0,8	--	0,3
Ov. beschouwend	3	5	--	8
Rest.	1	--	1	0,9
Totaal verwijzingen (absoluut)	80	46	29	45

Vervolgafspraken

Om een indruk te krijgen van de continuïteit van de zorg van de huisarts bij de betreffende hoofdpijn-diagnoses, zijn de eventuele vervolgafspraken die in de contacten zijn gemaakt nader bekeken. Tabel 4.16 toont alleen de afspraken die door de huisarts zelf zijn gemaakt, contacten met de praktijk-assistente zijn buiten beschouwing gelaten.

Tabel 4.16 Vervolgafspraken per 1000 contacten met de huisarts in episoden hoofdpijn, migraine, spanningshoofdpijn en psychosociale problematiek met hoofdpijn

	Hoofdpijn N= 1029	Migraine N= 920	Spannings- hoofdpijn N= 1200	Psychosoc. hoofdpijn N= 1156
Niets afgesproken	376	320	289	285
Hoeft niet terug te komen	48	24	47	39
Terug bij geen verbetering	346	324	423	308
Opbellen over...	40	36	34	61
Terugkomen over...	152	261	181	284

Een mogelijk vervolgcontact is vaak afhankelijk van de ontwikkeling van de klachten. Wanneer er geen verbetering optreedt moet de patiënt terugkomen. Binnen de episode 'hoofdpijn' worden vaker geen afspraken voor 'follow-up' gemaakt. Concrete vervolgafspraken, d.w.z. inclusief een bepaalde tijdlimiet, worden relatief vaak gemaakt bij psychosociale problematiek met hoofdpijn, Hortonse neuralgie en migraine.

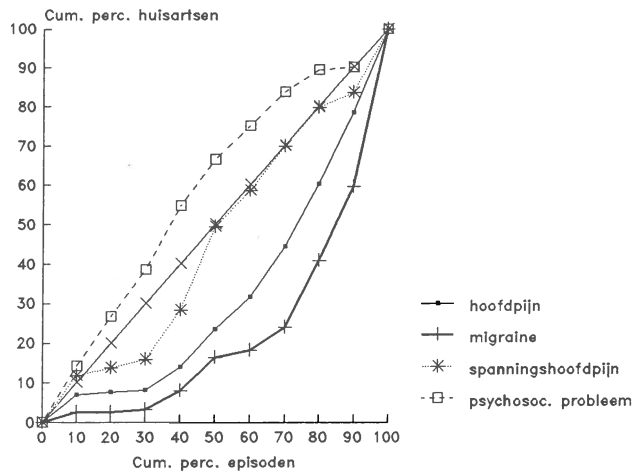
4.5 Verschillen tussen huisartsen in behandeling van hoofdpijn

In deze paragraaf wordt ingegaan op de verschillen tussen huisartsen wat betreft de behandeling van de verschillende ziekte-episoden. Te verwachten is dat er met name bij 'vagere' diagnoses, waarbij niet precies vaststaat welke behandeling dient te worden gegeven, een grotere mate van interdokter-variatie te zien zal zijn.

In de volgende figuren is de variatie weergegeven. Het betreft hier cumulatieve percentages. Horizontaal is het percentage ziekte-episoden weergegeven waarbinnen een huisarts een bepaalde behandeling heeft verricht. De verticale as geeft het percentage huisartsen weer dat de behandeling in het gegeven percentage van de episoden heeft uitgevoerd. Wanneer er sprake is van een grote mate van variatie zal een diagonale lijn te zien zijn. Immers het percentage huisartsen, dat de behandeling in een bepaald percentage episoden verricht, is dan steeds gelijk: bijvoorbeeld 10 procent van de huisartsen in 10 procent van de episoden, 10 procent van de huisartsen in 10 to 20 procent van de episoden, etc. Wanneer de betreffende lijn dus verder van de diagonaal af ligt is de interdokter variatie dus geringer. Verder kan worden geconstateerd of de meeste artsen vaak (de lijn ligt dan onder de diagonaal) of juist in een gering aantal episoden (de lijn ligt dan boven de diagonaal) de behandeling uitvoert.

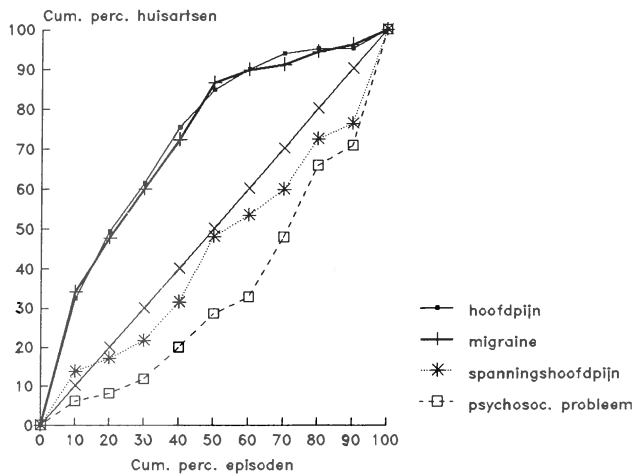
In figuur 4.2 wordt de variatie in het voorschrijven van medicatie bij de verschillende ziekte-episoden afgebeeld. Hieruit blijkt dat de variatie bij migraine het minst is: veel artsen schrijven in relatief veel episoden een medicijn voor. Met name bij spanningshoofdpijn en hoofdpijn ten gevolge van psychosociale problematiek zijn de verschillen tussen huisartsen het grootst.

Figuur 4.2 Interdoktervariatie voorschrijven van medicatie



Bij gespreksvoering zien we, wat betreft de variatie, eenzelfde patroon (figuur 4.3). De meeste huisartsen registreren bij migraine en hoofdpijn echter maar weinig gespreksvoering, bij psychosociale problemen doen ze dat meer en de variatie is daarbij veel geringer dan bij spanningshoofdpijn.

Figuur 4.3 Interdoktervariatie gespreksvoering



Verder willen we nog de variatie in het voorschrijven van vier soorten medicijnen bekijken. Ten eerste de ergotaminen. Bij migraine is de variatie aanzienlijk (bijlage Va). Dat wil zeggen dat het overgrote deel van de huisartsen lang niet in alle migraine-episoden ergotaminen voorschrijven. Slechts 36% van de huisartsen doet dat in meer dan de helft van de gevallen, terwijl 64% dat in minder dan de helft van de gevallen doet. Paracetamol, acetylsalicylzuur en anti-emetica worden relatief weinig voorgeschreven bij migraine, en tonen ook weinig interdoktervariatie. Ook bij de andere hoofdpijnvarianten zien we, dat de middelen, die het meest worden voorgeschreven (paracetamol bij hoofdpijn, spanningshoofdpijn en hoofdpijn met psychosociale problematiek) de grootste mate van interdoktervariatie kennen (bijlage V b, c, d).

Wat betreft het voorschrijven van paracetamol valt op dat de variatie daarin het grootst is bij hoofdpijn en, zij het in veel mindere mate, bij spanningshoofdpijn. Bij migraine en voor hoofdpijn in psychosociale ziekte-episoden wordt door de meeste huisartsen nauwelijks paracetamol voorgeschreven (bijlage IV).

Tenslotte is nagegaan in hoeverre er een samenhang bestaat tussen de verschillende aspecten van de behandeling. In het algemeen blijken de correlaties niet erg hoog te zijn.

Huisartsen die relatief vaker voorschrijven blijken minder lichamelijk onderzoek te doen ($r^2 = -.38$), registreren minder gespreksvoering en voorlichting ($r^2 = -.29$ en $-.21$) en verwijzen minder vaak naar de specialist en fysiotherapeut ($r^2 = -.28$ en $-.13$). Er is een positieve samenhang tussen het doen van lichamelijk onderzoek en verwijzingen naar fysiotherapeut en specialist ($r^2 = .19$ en $.17$). Dit zou te maken kunnen hebben met verschillen in het aantal eerste contacten en het aantal herhaalcontacten. Wanneer we hiervoor controleren blijken de correlaties echter nauwelijks te wijzigen.

Concluderend kunnen we stellen, dat er voor migraine in het algemeen een relatief geringe interdoktervariantie is. Er wordt weinig gespreksvoering geregistreerd. Veel artsen schrijven in relatief veel episoden een medicijn voor. Er wordt weinig paracetamol gegeven en er is een grote mate van interdoktervariantie wat betreft de frequentie van het voorschrijven van ergotaminen. Bij spanningshoofdpijn zien we een grote mate van interdoktervariantie, zowel ten aanzien van gespreksvoering en voorlichting, als ook ten aanzien van het voorschrijven van medicatie. Zoals te verwachten, wordt voor spanningshoofdpijn nauwelijks ergotamine voorgeschreven.

4.6 De NHG-standaard Migraine

In deze paragraaf worden de gegevens uit de paragrafen 4.2 t/m 4.5 gelegd naast de NHG-standaard 'migraine'. Daarbij moet onderscheid gemaakt worden tussen de diagnostische fase en de behandeling. Uit het grote scala patiënten met hoofdpijnklasten moet de huisarts identificeren wie welk type hoofdpijn op het continuüm van de NHG-standaard 'migraine' heeft. Wat betreft het klachtenpatroon van de patiënt vindt de huisarts steun voor specifieke aandoeningen bij het al dan niet aanwezig zijn van de klachten misselijkheid, braken en visusstoornissen. De diagnose van het eerste contact wordt in verreweg de meeste gevallen gehandhaafd. Voor het zover is, vindt, ter uitsluiting van ernstige diagnoses, betrekkelijk veel lichamelijk onderzoek plaats, met name bloeddrukmeting, onderzoek KNO en ogen, neurologisch onderzoek en onderzoek van de wervelkolom. De aandoeningen ter uitsluiting, zoals vermeld in de standaard, passeren dan ook vrijwel allemaal de revue (tabel 4.2). Optredende comorbiditeit, vaak van psychosociale aard, vormt ondersteuning bij de diagnosestelling.

Ten aanzien van de behandeling ligt het accent sterk op gespreksvoering-/voorlichting/advies in combinatie met medicamenteuze therapie, alhoewel dit verschilt per type hoofdpijn. Bij migraine wordt het meest medicamenteus behandeld en bij psychosociale problematiek met hoofdpijn het minst.

Bij bestudering van de prescriptie valt op dat profylaxe een beperkte plaats inneemt en dat bij bestrijding van de attack ergotaminepreparaten een grote rol spelen. De gewenste verschuiving van ergotaminepreparaten naar profylaxe heeft ten tijde van de Nationale Studie niet plaatsgevonden. Ergotaminepreparaten worden in de Nationale Studie in 28,3% van de gevallen via een telefonisch consult voorgeschreven. Dit beleid wordt in de NHG-standaard afgeraden. Opvallend is overigens de grote 'range' aan profylactische middelen die gehanteerd worden, zonder overigens buiten het boekje van de NHG-standaard te gaan.

Het lage aantal verwijzingen naar de neuroloog duidt er waarschijnlijk op dat gericht tweedelijns hulp wordt ingeroepen.

Al met al lijkt het er op dat de huisarts reeds sterk conform de NHG-standaard handelt. Op diagnostisch en begeleidend terrein meer dan bij de medicatie, maar daar zijn de gemoederen dan ook het meest in beweging.

4.7 Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn de onderzoeksvragen met betrekking tot migraine en andere vormen van hoofdpijn in de huisartspraktijk op basis van gegevens van de contact- en patiëntregistratie beantwoord. Een klein percentage van alle hoofdpijnklasten komt onder ogen van de huisarts. De huisarts ziet vooral hoofdpijnpatiënten in de leeftijdscategorieën van 45-64 jaar en vrou-

wen veel vaker dan mannen. Naar sociale positie wordt de huisarts vooral geconfronteerd met de groep alleenstaanden, de groep opleidingsniveau 'midden' en uitkeringsgerechtigden. Migraine wordt vaak geconstateerd bij de groep huisvrouw/man en personen die hoofdarbeid verrichten.

In de huisartspraktijk vindt een gericht selectieproces plaats. Uitsluiting van ernstige pathologie neemt daarbij een voorname plaats in. Klachten worden gewogen, specifiek lichamelijk onderzoek vindt plaats en wordt sterk naar onderliggende ziekten en minder naar parallele episoden gekeken. Laboratorium en röntgen diagnostiek spelen een beperkte rol.

De behandeling richt zich sterk op voorlichting en medicatie. Gesprek, geruststelling en voorlichting vindt het meest plaats bij spanningshoofdpijn en psychosociale problematiek met hoofdpijn.

Ten aanzien van de medicamenteuze therapie geldt dat deze het meest frequent wordt toegepast bij migraine (en Hortonse neuralgie) en in afnemende mate bij hoofdpijn, spanningshoofdpijn en psychosociale problematiek met hoofdpijn.

Uitgaande van alle voor migraine en andere vormen van hoofdpijn beschikbare middelen valt in de eerste plaats op dat de voorkeur ligt bij middelen die de migraine/hoofdpijnaanval couperen en veel minder bij profylactisch werkende middelen.

Onder de middelen die een aanval couperen, nemen de ergotaminen bij migraine een voorname plaats in, gevolgd door analgetica die vooral bij de overige vormen van hoofdpijn gehanteerd worden.

Onder de profylactisch werkende middelen nemen de histamine- en serotonine-antagonisten en de calciumantagonisten het leeuwendeel voor hun rekening. Verwijzingen nemen een ondergeschikte plaats in.

Waar mogelijk is de recent verschenen NHG-standaard migraine gelegd naast deze gegevens. Voor zover valt na te gaan, lijkt de huisarts de juiste problemen bij de juiste mensen te identificeren en is deze snel (in eerste contact) zeker van de uiteindelijke diagnose. Ten aanzien van de behandeling gebruikt de huisarts het gehele niet-medicamenteuze en medicamenteuze arsenaal, dat in de standaard is vermeld. Opvallend is het grote aantal voorschriften ergotaminen dat in de standaard slechts derde keus preparaat is en met de grootst mogelijke voorzichtigheid voorgeschreven zou moeten worden. Het hoge percentage voorschriften via telefonische consulten is daarmee in strijd. De verwijscijfers zijn laag, conform het gewenste gedrag in de standaard. De behandeling van deze aandoeningen blijkt vrijwel volledig tot het terrein van de huisarts te behoren.

5. TUSSEN BEVOLKING EN HUISARTSPRAKTIJK

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ten eerste in paragraaf 5.2 nagegaan in hoeverre de mening van de patiënt, dat hij of zij lijdt aan migraine/ernstige hoofdpijn consistent is met gegevens op de groene kaart van de huisarts.

In paragraaf 5.3 worden de resultaten uit het bevolkingsonderzoek (patiënt-enquête en dagboekjes) vergeleken met de uitkomsten van de contactregistratie en is geanalyseerd hoe medische consumptie bij hoofdpijnpatiënten verschilt naar leeftijd, geslacht en sociale klasse. Aansluitend wordt de situatie rond psychisch onwelbevinden besproken.

Een directe koppeling tussen de patiëntenenquête en contactregistratie is te vinden in paragraaf 5.4. Van de 1163 respondenten die in de enquête aangaven dat ze lijden aan migraine of ernstige hoofdpijn wordt nagegaan of zij de huisartspraktijk, in de registratieperiode van drie maanden, in verband met hoofdpijnklasten hebben bezocht.

5.2 De validiteit van de diagnose migraine/ernstige hoofdpijn

In een aselechte steekproef van 11 praktijken, die deelnamen aan de Nationale Studie, is een poging gedaan de groene kaarten van alle deelnemers aan de patiëntenenquête op te sporen en te onderzoeken op notities over migraine/ernstige hoofdpijn. Voor zover beschikbaar werden de aantekeningen op de groene kaart gedurende het gehele leven van de patiënt tot één jaar na afloop van de contactregistratie bestudeerd. Er werd een indeling in de tijd gemaakt van vóór, tijdens en ná de contactregistratieperiode. De gegevens op de groene kaart werden als positief voor migraine/ernstige hoofdpijn gecodeerd indien de klacht meer dan eens bij de huisarts gepresenteerd werd en langer dan een maand bestond. De gegevens van de groene kaart zijn vergeleken met gegevens uit de enquête.

Er werden 1599 (77,7%) van de 2086 gezochte groene kaarten gevonden. Er waren volgens deze groene kaarten 124 (7,75%) patiënten bekend met migraine/ernstige hoofdpijn. Bij tien patiënten (0,6%) werd deze aandoening voor het eerst in het jaar na de registratieperiode bekend.

In de patiëntenenquête claimden 125 (7,82%) van de deelnemers te lijden aan migraine/ernstige hoofdpijn. Van deze 125 hoofdpijnpatiënten waren 37 (29,6%) ook bij de huisarts bekend met migraine/ernstige hoofdpijn. Bovenstaande gegevens worden ook voor mannen en vrouwen afzonderlijk weergegeven in tabel 5.1.

Tabel 5.1 Vergelijking van het voorkomen van migraine/ernstige hoofdpijn tussen patiëntenquête en groene kaart naar geslacht.

Groene kaart		Patiëntenquête		
		ja	nee	totaal
ja	m	27	44	71
	v	10	43	53
	t	37	87	124
nee	m	52	658	710
	v	36	729	765
	t	88	1387	1475

De kappa-index voor mannen en vrouwen gezamenlijk, berekend uit bovenstaande tabel, is 23,9%, $p < 0,001$ (Rosner B 1986). Hoewel deze kappa-index statistisch zeer significant is, duidt een kappa-index van minder dan 40% in het algemeen op matige overeenstemming tussen 2 vergeleken bronnen van gegevens (Landis JR en Koch GG 1977). De consistentie tussen enquête en groene kaart ligt voor mannen (kappa-index = 29,4%, $p < 0,001$) hoger dan voor vrouwen (kappa-index = 15,0%, $p < 0,001$).

De matige overeenstemmingspercentages tussen patiëntenquête en groene kaart zijn enerzijds verklaarbaar door de doorgaans sterk wisselende intensiteit van de klachten in de levensloop van een patiënt met migraine/ernstige hoofdpijn. Periodes van veel klachten worden afgewisseld door jaren van geen klachten en in een dergelijke periode door de patiënt niet als een chronische aandoening ervaren. Dit verklaart dat 87 van de 1474 (5,9%) patiënten, die op de enquête aangaven niet te lijden aan migraine/ernstige hoofdpijn volgens de groene kaart toch episodes van migraine/ernstige hoofdpijn gehad hebben. Anderzijds is het grootste deel van de patiënten (70,4%), dat bij het invullen van de enquête claimde te lijden aan migraine/ernstige hoofdpijn, niet met deze aandoening bekend bij de huisarts. Het zelf dokteren neemt kennelijk een belangrijke plaats in. Bij mannen, die aangeven te lijden aan migraine/ernstige hoofdpijn is dit vaker ook terug te vinden op de groene kaart (34,2%) dan bij vrouwen (21,7%). Mogelijk wordt de door vrouwen ervaren migraine/ernstige hoofdpijn door huisartsen vaker toegeschreven aan onderliggende factoren. In de literatuur worden als belangrijkste luxerende momenten voor migraine genoemd: menstruatie (48% van de vrouwen), ovulatie (9% van de vrouwen), alcohol (52%) en stress (49%) (Herman et al 1983, Van den Bergh, Amery & Waelkens 1987, Blau & Thalapan 1988, Clifford Rose 1986, Packard 1987, Welch 1987). Om te onderzoeken in hoeverre huisartsen in deze studie migraine/ernstige hoofd-

pijn in verband brengen met onderliggende ziekten, is een vergelijking gemaakt tussen de genoteerde onderliggende ziekten bij die patiënten, die op de enquête aangegeven hebben te lijden aan migraine/ernstige hoofdpijn, en die patiënten waarbij dat niet het geval was. Dit wordt weergegeven in tabel 5.2.

Tabel 5.2 Vergelijking van door de huisarts genoteerde onderliggende ziekten tussen patiënten, die in de enquête aangegeven te lijden aan migraine/ernstige hoofdpijn, en patiënten, waarbij dat niet het geval is

Onderliggende ziekten	Migraine/ernstige hoofdpijn	
	ja n (%)	nee n (%)
Geen	109 (87.2%)	1331 (83.2%)
Depressief beeld	6 (4.8%)	11 (0.2%)*
Hypertensie	2 (1.6%)	21 (1.3%)
Perifeer vaatlijden	2 (1.6%)	4 (0.3%)*
Status na operatie	2 (1.6%)	7 (0.4%)
Relatie/gezins/werk/studieproblemen	2 (1.6%)	46 (2.9%)
Overige	7 (5.6%)	103 (7.0%)
Totaal aantal patiënten	125 (100%)	1474 (100%)

* $p < 0.05$

*** $p < 0.001$

Uit bovenstaande tabel blijkt, dat de groep, die in de enquête aangeeft te lijden aan migraine/ernstige hoofdpijn bij de huisarts niet te boek staat met een hoge frequentie aan onderliggende ziekten. Bij verweg het grootste deel van deze groep (87,2%) werd door de huisarts geen onderliggende ziekte aangegeven. Opvallend is, dat in contrast met de boven genoemde literatuur en onze eigen bevindingen in de huisartspraktijk (tabel 4.9) relatie- en gezinsmoeilijkheden, evenals werk- en studieproblemen niet vaker voorkwamen bij de groep met migraine/ernstige hoofdpijn. Een depressief beeld werd wel vaker genoteerd bij de groep patiënten met migraine/ernstige hoofdpijn. In de literatuur wordt een verband tussen depressie en spanningshoofdpijn wel beschreven (Hatch JP et al. 1991), doch in andere studies niet geconfirmeerd (Pfaffenrath V et al. 1991; Davies PT et al. 1991). Hypertensie, CVA, verslavingsproblematiek en geneesmiddelenovergevoeligheid, in de literatuur in verband gebracht met migraine, werden niet opvallend veel vaker als onderliggende ziekte genoteerd bij patiënten, die aangeven te lijden aan migraine/ernstige hoofdpijn (Grobbee & Hofman 1989, Henrich & Horwitz 1989, Knipschild, Vissers & Knottnerus 1984, Dalessio 1987, Kerker, Westerhof & Van Heijst 1984).

Co-morbiditeit

Co-morbiditeit is gedefinieerd als het naast elkaar voorkomen van klinische entiteiten, die al dan niet in samenhang met elkaar verkeren (Feinstein 1970). Er is bij patiënten, die bij de huisarts bekend waren met migraine/ernstige hoofdpijn, onderzocht in hoeverre zij tevens bekend waren met bepaalde andere chronische aandoeningen, in vergelijking met patiënten, die niet bekend waren met de diagnose migraine/ernstige hoofdpijn. In tegenstelling tot in hoofdstuk 3 en 4 gaat het hier dus alleen om bepaalde chronische aandoeningen, zoals geregistreerd op de groene kaart, en om levenslange comorbiditeit. De resultaten zijn weergegeven in tabel 5.3.

Tabel 5.3 Vergelijking van op de groene kaart genoteerde chronische aandoeningen tussen patiënten, die bij de huisarts bekend zijn met migraine/ernstige hoofdpijn, en patiënten, waarbij dat niet het geval is.

	Migraine/ernstige hoofdpijn volgens groene kaart	
	ja %	nee %
Rugklachten	24,2	15,0**
Oog/oor-aandoeningen	20,2	16,7
Maag-/darmlijden	12,1	8,4
CARA	10,5	7,9
Hartziekten	8,9	4,5*
Ernstige gevolgen van ongeval	5,6	1,6**
Handicap	5,6	3,3
Hooikoorts	4,8	2,5
Ziekten centraal zenuwstelsel	1,6	4,1
Diabetes mellitus	0,0	2,0
Chronisch rheuma	0,0	0,7
Totaal (n)	124	1474

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

*** $p < 0.001$

Uit bovenstaande tabel blijkt, dat van de onderzochte 11 chronische aandoeningen met name rugklachten en ernstige gevolgen van ongeval vaker voorkomen bij hoofdpijnpatiënten. De samenhang met depressie is in dit onderdeel niet bestudeerd. Een samenhang tussen rugpijn en hoofdpijn is in de literatuur vooral beschreven voor patiënten met spanningshoofdpijn en bij bepaalde beroepsgroepen (Nicholson NL, Blanchard EB & Appelbaum KA 1990; Rundcrantz BL 1991; Symmons DP, Van Hemert AM, Vandenbroucke JP & Valkenburg HA 1991). Een samenhang tussen hoofdpijn en ongevallen betreft veelal de gevolgen van schedeltrauma.

5.3 Hulp zoeken of er mee leven: een vergelijking tussen hoofdpijnpatiënten in de bevolking en in de huisartspraktijk

Sociaal-demografische kenmerken

In de enquête zien we dat de *klacht* hoofdpijn (in de afgelopen 14 dagen) meer voorkomt bij vrouwen als bij mannen (1,64 : 1), en bij zowel mannen als vrouwen het meest in de leeftijdsgroep van 15-44 jaar (figuur 3.1). Als we kijken naar wie in de enquête aangeven te lijden aan migraine/ernstige hoofdpijn, dan blijken vrouwen zichzelf 1,92 maal zo frequent als mannen te bestempelen als hoofdpijnlijders (tabel 3.4a). Jongens van 0-14 jaar hebben vaker last van migraine/ernstige hoofdpijn dan meisjes in dezelfde leeftijd. Evenwel zien we dat migraine/ernstige hoofdpijn het meest voorkomt bij mannen en vrouwen in de leeftijdsgroep van 45-64 jaar. In de contactregistratie zien we dat bij vrouwen 2.45 maal zo vaak als bij mannen een episode van hoofdpijn, migraine, Hortonse neuralgie, en/of psychosociale hoofdpijn genoteerd wordt. De huisarts ziet het vaakst hoofdpijnpatiënten in de leeftijdscategorie van 45-64 jaar (figuur 4.1). Dit betreft vooral patiënten met niet nader gedifferentieerde hoofdpijn en patiënten met migraine (figuur 4.1). In het algemeen betekent dit, dat vrouwen met hoofdpijn vaker dan mannen met hoofdpijn hulp zoeken bij de huisarts, en dat patiënten in de leeftijd van 45-64 jaar met hoofdpijn de huisarts meer frequenteren dan patiënten in de vruchtbare leeftijdsgroep van 15-44 jaar. Dit is consistent met de bevinding in de dagboekjes dat vrouwen vaker dan mannen als reactie op hoofdpijn op voorschrift medicijnen gebruiken (tabel 3.24). Eveneens blijkt dat vrouwen vaker dan mannen op eigen gezag medicijnen gebruiken. Patiënten op middelbare leeftijd (45-64 jaar), en vooral ook bejaarden, reageren eveneens vaker op hoofdpijn met het gebruiken van medicijnen op voorschrift dan patiënten in jongere leeftijdscategorieën (tabel 3.25).

Wat betreft leefsituatie hebben in de bevolking alleenstaande mannen vaker hoofdpijn met vegetatieve klachten en alleenstaande vrouwen vaker hoofdpijn met nerveuze of spanningsklachten (tabel 3.5b). Aan de huisarts presenteren alleenstaanden vooral specifieke hoofdpijn. Dit duidt op een discrepantie tussen de ervaren hoofdpijn en het presenteren van dit probleem aan de huisarts, met name met betrekking tot migraine bij alleenstaande mannen en spanningshoofdpijn bij alleenstaande vrouwen.

Wanneer de gegevens uit de enquête vergeleken worden met de gegevens uit de contactregistratie komt het volgende beeld met betrekking tot sociaal-economische kenmerken naar voren. Mensen met hoger beroepsonderwijs, of hoger onderwijs hebben minder hoofdpijn dan zij, die minder onderwijs genoten hebben en gebruiken ook minder frequent medicatie op voorschrift. Zij stellen zich afwachtend op (tabellen 3.7a en 3.28). Mensen met een opleidingsniveau 'midden' presenteren evenwel het meest frequent hoofdpijn in de

huisartspraktijk, zij het dat de groep met een laag opleidingsniveau vaak aspecifieke hoofdpijn presenteert. Gezien het feit dat vooral laag opgeleide mannen last van hoofdpijn hebben en relatief weinig de huisarts consulteren, is dit een groep die extra aandacht verdient.

Met betrekking tot werksituatie levert de vergelijking enquête-contactregistratie het volgende op.

Zoals we in hoofdstuk 3 (tabel 3.6a) zagen, hebben uitkeringsgerechtigden meer hoofdpijn dan zij, die niet van een uitkering behoeven te leven, en presenteren zij die hoofdpijn ook relatief frequenter bij de huisarts, met als gevolg dat zij bij hoofdpijn vaker medicijnen op voorschrift gebruiken (tabel 3.27). Dit is consistent met de bevinding dat een laag inkomen meer hoofdpijn oplevert en deze groep bij hoofdpijn ook relatief frequent medicijnen op voorschrift gebruikt (tabellen 3.8a en 3.29).

De hoge score voor migraine in de huisartspraktijk bij huisvrouwen is een bevestiging van eerdere analyses uit de Nationale Studie, waaruit blijkt dat het niet hebben van werk het meest vaak negatieve effecten heeft op de gezondheid (De Bakker, Claessen, Van der Velden 1992).

De relatie met psychisch onwelbevinden

Psychisch onwelbevinden, zoals gemeten met een hoge score op de 'general health questionnaire', gaat samen met meer hoofdpijn en bij hoofdpijn een hoge frequentie van gebruik van medicijnen op voorschrift (tabel 3.20 en 3.30).

In de huisartspraktijk komt de relatie met psychisch onwelbevinden ook sterk naar voren, getuige de hoge scores relatie/gezinsmoeilijkheden, werk/studieproblemen, depressief beeld, verslavingsproblematiek en geweld/mishandeling als onderliggende ziekte bij hoofdpijn, migraine, spanningshoofdpijn en psychosociale problematiek met hoofdpijn (tabel 4.9).

Essentieel is of de patiënt het probleem als zodanig presenteert. Bekend is dat personen met een hoge GHQ-score slechts in beperkte mate voor een psychisch probleem de huisarts consulteren en de huisarts om goede redenen niet geneigd is diep naar psychische problemen te gaan spitten (Van der Velden 1990, Tijhuis & Verhaak 1991). Mogelijkerwijs zal hierdoor een deel van de hoofdpijopathologie niet boven water komen.

5.4 Determinanten van huisartsbezoek: de invloed van patiëntkenmerken

In deze paragraaf wordt een directe koppeling gemaakt tussen de patiënt-enquête en de contactregistratie. Hierdoor kan worden achterhaald welke patiëntkenmerken mogelijk samenhangen met het al dan niet raadplegen van de huisarts in verband met hoofdpijklachten.

In verschillende onderzoeken zijn verschillen in huisartsbezoek tussen diverse patiëntengroepen bestudeerd. In een overzichtsartikel van Groenewegen en Hutten (1991) is een aantal bevindingen uit (inter)nationaal onderzoek samengebracht. Het gaat hierbij om algemene consultatiecijfers, dus niet expliciet met betrekking tot hoofdpijn of migraine.

Een bekend fenomeen is dat vrouwen veel vaker een huisarts bezoeken dan mannen. Ook in onderzoek op basis van het materiaal van de Nationale Studie wordt dit bevestigd (De Bakker et al., 1992). Met betrekking tot leeftijd zijn het voornamelijk jonge kinderen (tot 5 jaar) en bejaarden (65+) die vaker contact hebben met de huisarts. Daarbij gaat het bij de jonge kinderen meer om spreekuurcontacten en bij de bejaarden meer om huisvisites (Groenewegen et al., 1992).

Er bestaat een negatief verband tussen opleiding en huisartsbezoek: patiënten met een lagere opleiding doen vaker een beroep op de huisarts dan hoger opgeleiden. Sociaal economische status heeft ook effecten. Mensen met een hogere sociale status hebben relatief meer spreekuurcontacten, terwijl degenen met een lagere sociale status relatief meer huisvisites hebben. Tevens komt herhaaldelijk naar voren dat mannen met een uitkering de huisarts vaker bezoeken dan mannen met een betaalde baan.

Voor de Nederlandse situatie is verder nog het verschil tussen ziekenfondspatiënten en particulier verzekerden van belang. Uit onderzoek van ondermeer Mootz (1985) en Van Vliet en Van der Ven (1986) blijkt dat ziekenfondspatiënten een hogere medische consumptie hebben dan particulier verzekerden. Dit blijkt ook voor het huisartsbezoek op te gaan.

Hieronder wordt nagegaan of dergelijke verschillen ook gelden voor de respondenten die in de patiëntenquête hebben aangegeven dat ze lijden aan migraine of ernstige hoofdpijn. Van de 1163 respondenten hebben er 669 (57,5%) in de registratieperiode van drie maanden, contact gehad met de huisartspraktijk. Dit kan dus zowel met de huisarts zelf als met de praktijk-assistente zijn geweest. Honderdveertig patiënten (12,4% van de totale groep) hebben minimaal één contact gehad waarin hun hoofdpijnklachten aan de orde zijn geweest. Deze groep wordt vergeleken met de respondenten die de huisartspraktijk niet in verband met hun hoofdpijnklachten hebben bezocht.

Vrouwelijke respondenten blijken significant vaker in verband met hun hoofdpijnklachten bij de huisarts te komen dan mannelijke respondenten: 14,0% versus 8,2%. Tabel 5.4 laat zien dat de onderscheiden leeftijdscategorieën in dit verband niet significant van elkaar verschillen.

Tabel 5.4 Percentage 'migraine/ernstige hoofdpijn'-lijders dat, gedurende drie maanden, contact heeft gehad met de huisartspraktijk i.v.m. hoofdpijnklachten, naar leeftijd en geslacht (N=1163)

		0-14	15-24	25-44	45-64	65+	totaal
(N)	m	(32)	(49)	(165)	(117)	(31)	(394)
	v	(12)	(123)	(341)	(223)	(70)	(769)
	t	(44)	(172)	(506)	(340)	(101)	(1163)
Contact gehad	m	9,4	4,1	8,5	9,4	6,5	8,1
	v	8,3	13,0	15,8	13,0	11,4	14,0
	t	9,1	10,5	13,4	11,8	9,9	12,0

Of mensen naar de huisarts gaan heeft natuurlijk in belangrijke mate te maken met de ervaren klachten of ongemakken. Helaas kan, met behulp van de beschikbare gegevens, niet worden achterhaald in hoeverre de betreffende respondenten, gedurende de registratieperiode, ook daadwerkelijk hoofdpijnklachten hebben gehad. In de enquête is echter wel gevraagd of de respondent in de 14 dagen voorafgaand aan het interview last van hoofdpijn heeft gehad. Uit tabel 5.5 blijkt inderdaad dat degenen die deze vraag positief beantwoorden ook vaker de huisarts hebben geraadpleegd. Echter alleen bij vrouwen is dit verschil statistisch significant.

Tabel 5.5 Percentage 'migraine/ernstige hoofdpijn'-lijders dat, gedurende drie maanden, contact heeft gehad met de huisartspraktijk i.v.m. hoofdpijnklachten, naar ervaren hoofdpijnklachten en geslacht

		Wel hoofdpijnklachten in 2 weken	Geen hoofdpijnklachten in 2 weken
(N)	m	(284)	(110)
	v	(619)	(150)
	t	(903)	(260)
Contact gehad	m	9,5	6,5
	v	15,8	6,7**
	t	13,8	5,8***

χ^2 ** p < .01 *** p < .001

Overigens moet er met nadruk op gewezen worden dat het hier slechts om een indicatie gaat. Het is namelijk heel goed mogelijk dat bepaalde respondenten in de groep zonder hoofdpijnklacht (in de 14 dagen voorafgaande aan het interview), weldegelijk binnen de registratieperiode van drie maanden hoofdpijnklachten hebben gehad.

Er is nagegaan in hoeverre het hebben van hoofdpijn-klachten samenhangt met de kenmerken van patiënten die hieronder worden beschreven. Indien dat het geval is zou er namelijk sprake kunnen zijn van een schijnverband tussen deze kenmerken en het al dan niet naar de huisarts gaan. Met name geslacht blijkt in dit verband een rol te spelen. Vrouwen geven vaker aan ook daadwerkelijk hoofdpijn-klachten te hebben ervaren dan mannen: 80.5% versus 72.1% ($p < .01$). Wanneer hiervoor wordt gecontroleerd zien we dat er bij degenen zonder klachten geen significant geslachtsverschil is, terwijl vrouwen met hoofdpijnklachten significant vaker naar de huisarts gaan dan de mannen met hoofdpijnklachten: 15.8% versus 9.5% ($p > .01$). Dus gecontroleerd voor het al dan niet ervaren van klachten, blijft er een geslachtseffect te bespeuren.

Voor de overige patiëntkenmerken zijn, in overeenstemming met hoofdstuk 3, alleen de respondenten ouder dan 14 jaar geselecteerd. Tabel 5.6 laat de resultaten met betrekking tot de leefsituatie van de respondent zien. Er zijn geen significante verschillen tussen de categorieën gevonden. Wat echter opvalt is dat alleenstaande mannen beduidend minder naar de huisarts gaan met hun hoofdpijnklachten dan alleenstaande vrouwen. Ook bij leden van een gezin is dit verschil terug te vinden. Bij paren is er nauwelijks sprake van een verschil tussen mannen en vrouwen.

Tabel 5.6 Percentage 'migraine/ernstige hoofdpijn'-lijders ouder dan 14 jaar dat, gedurende drie maanden, contact heeft gehad met de huisartspraktijk i.v.m. hoofdpijnklachten, naar leefsituatie en geslacht

		alleenstaand	paar	gezinlid	totaal
(N)	m	(41)	(80)	(241)	(362)
	v	(114)	(185)	(458)	(757)
	t	(155)	(265)	(699)	(1119)
Contact gehad	m	4,9	10,0	7,9	8,0
	v	14,0	12,4	14,8	14,1
	t	11,6	11,7	12,4	12,2

Het volgende kenmerk dat onder de loep wordt genomen is opleiding. In tegenstelling tot de algemene bevindingen in de literatuur zijn er bij de lijdens aan ernstige hoofdpijn of migraine geen significante verschillen gevonden (zie tabel 5.7). Wanneer er een onderscheid wordt gemaakt tussen mannen met LO/LBO en mannen met hogere opleidingsniveaus is er wel een verschil: van de eerste groep gaat 10.3%, met hoofdpijnklachten, naar de huisarts tegen 5% in de tweede groep ($p = .08$).

Tabel 5.7 Percentage 'migraine/ernstige hoofdpijn'-lijders ouder dan 14 jaar dat, gedurende drie maanden, contact heeft gehad met de huisartspraktijk i.v.m. hoofdpijnklachten, naar opleiding en geslacht

		LO	LBO	MAVO/ HAVO/VWO	MBO	HBO/ univ.	totaal
(N)	m	(102)	(102)	(41)	(59)	(39)	(343)
	v	(230)	(192)	(167)	(76)	(53)	(718)
	t	(332)	(294)	(208)	(135)	(92)	(1061)
Contact gehad	m	9,8	10,8	4,9	5,1	5,1	8,2
	v	14,8	14,6	12,0	13,2	11,3	13,6
	t	13,4	13,3	10,6	9,6	8,7	11,9

In het algemeen consulteren mannen met een uitkering de huisarts vaker dan de mannen met een betaalde baan. Ook dit resultaat vinden we in onze gegevens niet terug (zie tabel 5.8). Mannen met een uitkering gaan wel relatief vaker naar huisarts maar dit verschil is, ten opzichte van de andere categorieën statistisch niet significant. Ook wanneer de mannen met uitkering alleen vergeleken worden met mannen met een betaalde baan is het verschil niet significant.

Tabel 5.8 Percentage 'migraine/ernstige hoofdpijn'-lijders ouder dan 14 jaar dat, gedurende drie maanden, contact heeft gehad met de huisartspraktijk i.v.m. hoofdpijnklachten, naar werksituatie en geslacht

		betaald werk	huis- houden	onderwijs	uitkering	pensioen	totaal
(N)	m	(208)	(3)	(36)	(72)	(37)	(356)
	v	(282)	(360)	(41)	(44)	(21)	(748)
	t	(490)	(363)	(77)	(116)	(58)	(1104)
Contact gehad	m	7,7	0	2,8	11,1	8,1	7,9
	v	13,8	14,7	14,6	13,6	14,3	14,3
	t	11,2	14,6	9,1	12,1	10,3	12,2

Tussen het netto huishoudinkomen per maand en het al dan niet naar de huisarts gaan met hoofdpijnklachten is geen lineair verband. Bij de mannen valt echter wel op de middeninkomens (tussen f 2.525 en f 3.500 per maand) vaker de huisarts raadplegen in verband met hoofdpijn: 20,0% versus 8,3% bij de overige inkomensgroepen ($p < .05$). Bij de vrouwen is het verschil tussen de laagste inkomensgroep en de rest significant: 18,9% versus 12,3% ($p < .05$).

Tabel 5.9 Percentage 'migraine/ernstige hoofdpijn'-lijders ouder dan 14 jaar dat, gedurende drie maanden, contact heeft gehad met de huisartspraktijk i.v.m. hoofdpijnklachten, naar netto huishoudinkomen per maand en geslacht

		<i>f</i> 0,- <i>f</i> 1.550	<i>f</i> 1.550 - <i>f</i> 1.950	<i>f</i> 1.950 - <i>f</i> 2.525	<i>f</i> 2.525 - <i>f</i> 3.500	<i>f</i> 3.500 - totaal
(N)	m	(63)	(50)	(64)	(40)	(52)
	v	(148)	(112)	(147)	(96)	(77)
	t	(211)	(162)	(211)	(136)	(129)
Contact gehad	m	9,5	6,0	10,9	20,0	5,8
	v	18,9	8,0	13,6	12,5	15,6
	t	16,1	7,4	12,8	14,7	11,6

In verband hiermee moet ook gekeken worden naar de verzekeringsvorm van de patiënt. Echter ook tussen ziekenfondspatiënten en particulier verzekerden worden, in onze onderzoeksgroep, geen verschillen geconstateerd (zie tabel 5.10).

Tabel 5.10 Percentage 'migraine/ernstige hoofdpijn'-lijders dat, gedurende drie maanden, contact heeft gehad met de huisartspraktijk i.v.m. hoofdpijnklachten, naar verzekeringsvorm en geslacht

		Ziekenfonds	Particulier
(N)	m	(246)	(115)
	v	(553)	(197)
	t	(799)	(312)
Contact gehad	m	8,5	7,0
	v	13,9	15,2
	t	12,3	12,2

In de voorafgaande hoofdstukken is duidelijk geworden dat ervaren hoofdpijn en psychosociale problematiek sterk met elkaar samenhangen. De GHQ-score is een belangrijke determinant voor het al dan niet lijden aan hoofdpijn/migraine. In tabel 5.11 wordt nagegaan in hoeverre de mate van psychisch onwelbevinden samengaat met het consulteren van de huisarts in verband met 'hoofdpijnklachten'. In de totale groep patiënten zien we een positief verband tussen de GHQ-score en het percentage patiënten dat contact heeft gehad met de huisartspraktijk. Met name de groep met een hoge GHQ-score, d.w.z. degenen met een grote mate van psychisch onwelbevinden, gaat vaker naar de huisarts.

Tabel 5.11 Percentage 'migraine/ernstige hoofdpijn'-lijders ouder dan 14 jaar dat, gedurende drie maanden, contact heeft gehad met de huisartspraktijk i.v.m. hoofdpijnklachten, naar psychisch onwelbevinden (GHQ-score) en geslacht

		GHQ-scores		
		0-4	5-9	10+
(N)	m	(275)	(33)	(37)
	v	(553)	(77)	(96)
	t	(828)	(110)	(133)
Contact gehad	m	6,2	12,1	13,5
	v	12,7	14,3	21,9
	t	10,5	13,6	19,5**

χ^2 ** p < .01

Door middel van een multivariate-analyse is wederom bestudeerd welke kenmerken, indien gecontroleerd wordt voor andere kenmerken, het meest ertoe bijdragen dat patiënten wel of niet met hoofdpijn-klachten naar de huisartspraktijk zijn geweest. Aangezien de afhankelijke variabele dichotoom is, is gekozen voor een logistische regressie-analyse. Er zijn diverse modellen getoetst waarbij steeds andere variabelen zijn meegenomen. Hieruit komt naar voren dat de onderzochte patiëntkenmerken maar weinig bijdragen aan de verklaring van verschillen in huisartsbezoek. Slechts één variabele blijkt een constante significante invloed te hebben: in hoeverre de respondenten, in de twee weken voorafgaand aan het interview, hoofdpijnklachten hebben gehad.

De meeste verschillen die in deze paragraaf zijn gevonden blijken te klein om statistisch significant te zijn. Dit heeft overigens te maken met de omvang van de patiëntengroepen die worden vergeleken. Het gaat hier bijvoorbeeld slechts over een onderzoekspopulatie die ongeveer 10 maal kleiner is dan de populatie die in hoofdstuk 3 wordt onderzocht. Dit betekent dat de verschillen veel groter moeten zijn wil er van statistische significantie sprake zijn.

De resultaten leveren echter wel enige voorzichtige indicaties op. Ten eerste blijkt dat er een duidelijke relatie bestaat tussen het daadwerkelijk hebben van hoofdpijnklachten en het huisartsbezoek. Dit gaat vooral bij vrouwen op. Hoewel we niet beschikken over de ervaren hoofdpijnklachten gedurende de totale registratieperiode, blijkt toch dat respondenten die, in de twee weken voorafgaand aan het interview, hoofdpijnklachten hebben gehad, vaker naar de huisarts gaan.

In overeenstemming met de algemene literatuur op dit gebied blijken vrouwen vaker de huisarts te raadplegen dan mannen. Andere patiëntengroepen die relatief vaker in verband met hoofdpijnklachten naar de huisartspraktijk gaan zijn: mannen met lager onderwijs of LBO als hoogstbehaalde opleiding, mannen met een inkomen tussen f 2.525,- en f 3.500,- per maand en vrouwen uit de laagste inkomenscategorie. Alleenstaande mannen consulteren de huisarts minder in verband met hoofdpijnklachten dan alleenstaande vrouwen. Tevens blijkt dat vrouwen met een hoge GHQ-score vaker contact hebben met de huisarts. Uit het onderzoek komt naar voren dat psychosociale problematiek en hoofdpijn/migraine sterk samenhangen. In het algemeen blijken vrouwen vaker dergelijke problemen aan de huisarts te presenteren (de Bakker et al., 1992). Het is waarschijnlijk dat hoofdpijnklachten daarbij ook besproken worden.

5.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk is op basis van enerzijds een vergelijking enquête en groene kaart in de huisartspraktijk en anderzijds een vergelijking enquête en contactregistratie nagegaan, wat er zich afspeelt tussen hoofdpijn in de bevolking en de presentatie van dat probleem aan de huisartspraktijk. Van alle personen die in de enquête hadden opgegeven te lijden aan migraine/ernstige hoofdpijn stond 30% als zodanig geregistreerd bij de huisarts. Bij mannen was de overeenstemming enquête-groene kaart twee maal zo hoog als bij vrouwen. Omgekeerd stond 6% van de patiënten wel op de groene kaart geregistreerd, maar gaf dit waarschijnlijk om reden niet op in de enquête.

Met betrekking tot de presentatie van hoofdpijnproblematiek verdienen de volgende groepen extra aandacht: alleenstaande mannen, laag opgeleide mannen, uitkeringsgerechtigden en mensen met een hoge score voor psychisch onwelbevinden. Bij de groep met migraine/ernstige hoofdpijn valt op dat vrouwen de huisarts meer bezoeken dan mannen, met name vrouwen met een laag gezinsinkomen en een grote mate van psychisch onwelbevinden.

6. SAMENVATTING EN BESCHOUWING

6.1 Samenvatting

Vraagstelling en gebruikte gegevensbronnen

In dit onderzoek is een antwoord gezocht op de volgende vragen:

- Wat is het voorkomen van klachten, die benoemd zijn als migraine en aanverwante aandoeningen in de populatie, al of niet in combinatie met andere aandoeningen (comorbiditeit), gespecificeerd naar leeftijd, geslacht, sociaal-demografische kenmerken.
- Wat is de rol van gezondheidsattent gedrag, pilgebruik en belastende levensgebeurtenissen en de relatie met psychisch onwelbevinden bij patiënten met migraine/ernstige hoofdpijn.
- Hoe kan het hulpzoekgedrag van patiënten met klachten die benoemd zijn als migraine en aanverwante aandoeningen worden beschreven in termen van afwachten, leefregels, zelfmedicatie, geneesmiddelengebruik en bezoek aan hulpverleners?
- Wat is het voorkomen van klachten die benoemd zijn als migraine en aanverwante aandoeningen in de huisartspraktijk, al of niet in combinatie met andere aandoeningen (co-morbiditeit), gespecificeerd naar leeftijd, geslacht en sociaal-demografische gegevens?
- Zijn er verschillen tussen praktijken/huisartsen met betrekking tot het voorkomen van migraine en aanverwante aandoeningen
- Welke interventies verricht de huisarts bij dergelijke klachten?
- Hoe verhoudt het handelen van de huisarts zich tot de NHG-standaard migraine?
- Zijn er verschillen tussen praktijken/huisartsen in de behandeling van migraine en aanverwante aandoeningen?
- In hoeverre is het percentage patiënten, dat migraine claimt te hebben, bekend met deze aandoening bij de huisarts?
- In hoeverre presenteren patiënten met hoofdpijnklaften zich bij de huisarts en door welke factoren wordt dat bepaald?

Voor een beantwoording van de vraagstellingen is een secundaire analyse verricht op de gegevens van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Aan de dataverzameling ten behoeve van dit onderzoek gedurende 1987 en 1988 hebben 161 gevestigde huisartsen uit 103 huisartspraktijken deelgenomen, die geworven zijn op basis van een aselechte, niet-proportioneel gestratificeerde steekproef. De kern van het onderzoek betrof een registratie van alle contacten die de deelnemende huisartsen (en hun assistentes) gedurende drie maanden met hun patiënten

hadden (N=386.000). Per contact zijn klachten, diagnose, aanvragen laboratorium/röntgendiagnosiek, gespreksvoering, geruststelling, voorlichting, adviezen, voorschrijven van geneesmiddelen, verwijzingen en vervolgspraken geregistreerd. Daarnaast zijn sociaal-demografische gegevens verzameld van alle bij de deelnemende huisartsen ingeschreven patiënten (N=335.000). Tenslotte is onder een steekproef van 100 patiënten per deelnemende huisarts een mondeling interview afgenomen (N=13000 bij een respons van 76%), waarin de ervaren gezondheidstoestand een belangrijk onderdeel was. Aan alle ondervraagden is een gezondheidsdagboek verstrekt met de vraag of men gedurende drie weken elke dag zijn/haar klachten en de daarop volgende reactie wilde registreren (N=11038 bij een respons van 85%).

Migraine en aanverwante aandoeningen in de bevolking

Op basis van de mondelinge enquête en het gezondheidsdagboek zijn de onderzoeksvragen met betrekking tot het voorkomen van klachten, die benoemd zijn als migraine en aanverwante aandoeningen, in de populatie beantwoord.

Hoofdpijn is een veel voorkomende klacht die retrospectief gemeten bijna 29% van de mensen over een periode van twee weken treft; prospectief gemeten heeft de groep, die hoofdpijn als klacht noteert (22,5%), over een periode van drie weken gemiddeld 2,4 dagen last van hoofdpijn. Vrouwen in de vruchtbare leeftijd worden het meest getroffen.

De diagnose migraine/ernstige hoofdpijn wordt door bijna 9% van de ondervraagden gerapporteerd, vooral ook weer door vrouwen in de vruchtbare leeftijd.

Onderliggende patronen van uitlokkende factoren (gezondheidsattent gedrag, hormonale factoren en stress), prodromata (specifieke klachten) en determinanten (leeftijd, geslacht, sociale positie/leefsituatie) zijn nagegaan aan de hand van indeling op basis van samenhangende klachten die gerelateerd zijn aan migraine en aanverwante aandoeningen. Een verdeling in nerveuze klachten, spanningsklachten en klachten van vegetatieve aard is daarbij de rode draad geweest.

De samenhang van migraine/ernstige hoofdpijn met deze specifieke klachten is wat betreft sociaal-demografische kenmerken het sterkst bij oudere vrouwen (met name spanningsklachten), bij alleenstaanden, bij uitkeringsgerechtigden, bij lager opgeleiden en lagere inkomensgroepen (met name nerveuze en vegetatieve klachten).

De samenhang van migraine/ernstige hoofdpijn met deze specifieke klachten is wat betreft de overige factoren (gezondheidsattent gedrag, pilgebruik, belastende levensgebeurtenissen en psychisch onwelbevinden) het sterkst bij geheelonthouders (met name vegetatieve klachten), beperkt koffiegebruikers (met name vegetatieve klachten), mensen die niet sporten, mensen met een inkomenstegenvalier en sterk psychisch onwelbevinden.

Om het effect van de samenhang van de verschillende onafhankelijke variabelen op het voorkomen van migraine/ernstige hoofdpijn na te gaan, zijn logistische regressie-analyses uitgevoerd.

Bij mannen is sprake van een zelfstandig effect van werksituatie, drankgebruik en psychisch onwelbevinden. Mannen met een uitkering, geheelonthouders en mannen met een hoge score voor psychisch onwelbevinden hebben meer last van migraine/ernstige hoofdpijn.

Ook vrouwen met een hoge score voor psychisch onwelbevinden hebben meer last, evenals vrouwen met een lagere opleiding. Bij vrouwen is een interactie-effect tussen leeftijd en pilgebruik geconstateerd. Vrouwen van 45 jaar en ouder die tevens de pil gebruiken, hebben meer last van migraine/ernstige hoofdpijn. Waarschijnlijk wordt bij deze groep vrouwen de pil vooral gebruikt voor het bestrijden van symptomen gerelateerd aan de menopauze. Hoofdpijn is dan veeleer een onderdeel van het al bestaande syndroom dan een gevolg van de pil.

Vervolgens is nagegaan hoe personen die lijden resp. niet lijden aan migraine/ernstige hoofdpijn omgaan met de klacht hoofdpijn. Lijders reageren vaker met name door medicatie en leefregels, niet-lijders wachten vaker af door niets te doen.

Niets doen of de klacht negeren komt vaker voor bij jongeren en zij die (dag)onderwijs volgen.

Rustiger aandoen, vroeg naar bed gaan is bij niet-lijders van 0-14 jaar en de lijders van 25-44 jaar gewoon, maar bij gepensioneerden niet gewoon.

Op eigen gezag medicatie gebruiken doen vooral vrouwen in de vruchtbare leeftijd, die niet-lijders zijn.

Op voorschrift medicijnen gebruiken doen vooral alleenstaande oudere vrouwen met een hoge score op psychisch onwelbevinden.

Ziekteverzuim wordt vooral bepaald door het lijden aan ernstige hoofdpijn/migraine als chronische aandoening. Onder mensen met betaald werk zijn het daarnaast vooral alleenstaanden, die een hogere mate van werkverzuim ten gevolge van hoofdpijnklachten hebben.

Migraine en aanverwante aandoeningen in de huisartspraktijk

Op basis van gegevens van de contact- en patiëntregistratie van de Nationale Studie zijn de onderzoeksvragen met betrekking tot migraine en aanverwante aandoeningen in de huisartspraktijk beantwoord. Een klein percentage van alle hoofdpijnklachten komt onder ogen van de huisarts. Naar schatting komt van het totaal aantal personen dat in de afgelopen 14 dagen hoofdpijn als klacht ervaren heeft, slechts 1 op de 70 daarvoor bij de huisarts langs. De huisarts ziet vooral hoofdpijnpatiënten in de leeftijdscategorie van 45-64 jaar en vrouwen vaker dan mannen. Naar sociale positie geldt dit voor de

groep alleenstaanden, de groep opleidingsniveau 'midden' en uitkeringsgerechtigden. Migraine wordt vaak geconstateerd bij de groep huisvrouw/man en personen die hoofdarbeid verrichten.

Uitsluiting van ernstige pathologie neemt een voorname plaats in bij het onderzoek door de huisarts. Klachten worden gewogen, specifiek lichamelijk onderzoek vindt plaats en er wordt sterk naar onderliggende ziekten en minder naar parallele episoden gekeken. Laboratorium en röntgen diagnostiek spelen een beperkte rol.

De behandeling richt zich sterk op voorlichting en medicatie. Gesprek, geruststelling en voorlichting vindt het meest plaats bij spanningshoofdpijn en psychosociale problematiek met hoofdpijn.

Ten aanzien van de medicamenteuze therapie geldt dat deze het meest frequent wordt toegepast bij migraine (en Hortonse neuralgie) en in afnemende mate bij hoofdpijn, spanningshoofdpijn en psychosociale problematiek met hoofdpijn.

Uitgaande van alle voor migraine en aanverwante aandoeningen beschikbare middelen valt in de eerste plaats op dat de voorkeur ligt bij middelen die de migraine/hoofdpijnaanval couperen en veel minder bij profylactisch werkende middelen.

Onder de middelen die een aanval couperen, nemen de ergotaminen bij migraine een voorname plaats in, gevolgd door analgetica die verder vooral bij de overige vormen van hoofdpijn gehanteerd worden.

Onder de profylactisch werkende middelen nemen de histamine- en serotonine-antagonisten en de calciumantagonisten het leeuwendeel voor hun rekening.

Verwijzingen nemen een ondergeschikte plaats in.

Vergelijking met de NHG-standaard migraine leert dat huisartsen misselijkheid of braken (nog) niet als obligaat kenmerk voor de diagnose migraine hantieren en dus eerder de lijn van de ICHPPC-criteria volgen, hetgeen anno 1987-/1988 volstrekt logisch genoemd kan worden. De groep aspecifieke (niet in te delen) hoofdpijn is betrekkelijk groot. De link die de huisarts met eventuele psychosociale problemen legt, komt in de analyses duidelijk naar voren. Laboratoriumdiagnostiek vindt in beperkte mate plaats. Wat betreft de richtlijnen voor therapie blijkt de huisarts conform de standaard aandacht te besteden aan gespreksvoering, geruststelling en voorlichting, wordt terughoudend maar gericht verwezen en is het beleid voor follow-up ook terughoudend. De medicamenteuze therapie staat evenwel centraal, vooral bij migraine (en Hortonse neuralgie), waarbij ergotaminepreparaten veruit favoriet zijn. Deze zijn volgens de standaard tweede keus preparaten.

Tussen bevolking en huisartspraktijk

Op basis van materiaalverzameling in 11 huisartspraktijken en een vergelijking van gegevens uit de enquête en contactregistratie zijn de onderzoeksvragen, met betrekking tot wie en waarvoor de huisarts consulteert, beantwoord. Opvallend is dat van personen die in de enquête opgegeven hadden te lijden aan migraine/ernstige hoofdpijn slechts 30% als zodanig op de groene kaart geregistreerd staan. Voor mannen geldt een hogere overeenstemming tussen enquête en groene kaart dan voor vrouwen. Omgekeerd staat 6% van de patiënten wel op de groene kaart geregistreerd, maar geeft dit niet op in de enquête, ten teken dat het probleem over is of niet bestaat.

De vergelijking enquête-contactregistratie leert ons dat de volgende groepen met betrekking tot de presentatie van hoofdpijnproblematiek onze aandacht verdienen: alleenstaanden, laag opgeleide mannen, uitkeringsgerechtigden en mensen met een hoge score voor psychisch onwelbevinden. Bij de groep met migraine/ernstige hoofdpijn valt op, dat vrouwen de huisarts meer bezoeken dan mannen, met name vrouwen met een laag gezinsinkomen en een grote mate van psychisch onwelbevinden.

6.2 Beschouwing

In dit onderzoek is één van de meest voorkomende gezondheidsproblemen onder de loep genomen. Tegelijkertijd is het onderzoeksmatig een bijzonder ingewikkeld onderwerp gebleken, daar migraine en aanverwante aandoeningen zich moeilijk laten afbakenen, vooral daar men voor diagnosestelling vrijwel afhankelijk is van anamnese. Niet voor niets spreekt de NHG-standaard van een continuüm tussen migraine enerzijds en (spier)spanningshoofdpijn anderzijds. Het is daarom goed de beperkingen van dit onderzoek onder ogen te zien.

Een eerste beperking is dat in de Nationale Studie welbewust geen gebruik is gemaakt van diagnostische criteria, zodat het voor wat betreft de contactregistratie aan de huisarts overgelaten werd om de diagnose te stellen, welke vervolgens centraal gecodeerd werd. Er werd op dit proces wel kwaliteitscontrole toegepast. Evenwel liggen de epidemiologische gegevens niet ver af van andere morbiditeitsregistraties in de huisartspraktijk in Nederland (Lamberts 1991, Van de Lisdonk 1991). Beide morbiditeitsregistraties hanteren ICHPPC-criteria; de artsen in de Nationale Studie blijken zich eveneens te conformeren aan deze ICHPPC-criteria.

In de enquête is evenmin uitgegaan van diagnostische criteria. Toch zijn de populatiegegevens die uit deze enquête met betrekking tot migraine/ernstige hoofdpijn naar voren komen vergelijkbaar met de beste prevalentiestudie tot op heden (Rasmussen et al 1991).

Een tweede beperking lag opgesloten in de enquête, waar de vraag naar "lijdt u aan migraine/ernstige hoofdpijn" geen onderscheid in diverse categorieën hoofdpijn toekent. Met behulp van factoranalyse op de (lijst van) acute klachten (excl. hoofdpijn), die aan dezelfde populatie werd voorgelegd, is een indeling gemaakt. De verkregen indeling vertoont grote onderlinge overlap en roept dienaangaand dan ook vragen op. Toch leverde de analyse op basis van deze indeling geen merkwaardige bevindingen op.

De factoranalyses zijn overigens zònder en mèt personen die hoofdpijn als acute klacht in de afgelopen 14 dagen hadden, uitgevoerd. Dit gaf nauwelijks verschillen te zien.

Een derde beperking ligt in het feit dat ten tijde van de Nationale Studie er géén NHG-standaard migraine bestond en daardoor de huisartsen in het onderhavige onderzoek niet daarop beoordeeld mogen worden.

De NHG-standaard is slechts als hulpmiddel voor het handelen van de Nederlandse huisarts in 1987 en 1988 gebruikt en dan ook nog slechts op onderdelen.

De kracht van dit materiaal ligt in de representativiteit op nationaal niveau en in de koppeling die gemaakt kan worden tussen gegevens uit de bevolking en uit de huisartspraktijk.

De resultaten van het onderzoek worden nu teruggekoppeld aan de impliciete kernvraag van dit onderzoek:

- in hoeverre wordt migraine door de patiënt (h)erkend aan de huisartspraktijk gepresenteerd en door de huisarts (h)erkend en adequaat behandeld?

Deze studie geeft inzicht op diverse niveaus: patiënt, huisartspraktijk en het terrein daartussen.

Op het niveau van de patiënt is het voorkomen gemeten, waarvan de resultaten in lijn liggen met internationale bevindingen. De vraag van het (h)erkennen van migraine en aanverwante aandoeningen door de patiënt is daarbij relevant.

Het feit dat in ons onderzoek bijna 30% van alle mensen hoofdpijn als acute klacht ervaren heeft in de afgelopen 14 dagen en bijna 9% aangeeft te lijden aan migraine/ernstige hoofdpijn duidt er op dat hoofdpijn veel voorkomt en dat het herkennen van migraine en andere vormen van hoofdpijn in het algemeen geen groot probleem vormt. Evenwel uit ditzelfde onderzoek blijkt dat 26,5% van de patiënten die hoofdpijn in het gezondheidsdagboek registreert deze klacht negeren, dat slechts 1 op de 70 patiënten zijn huisarts consulteert, hetgeen duidt op een afwachtende houding van de bevolking. Dit wordt nog eens bevestigd door het feit dat jongeren (tot 15 jaar) de klacht het meest negeren, terwijl anderzijds migraine bij meisjes zich nogal eens juist

rond de menarche manifesteert (Epstein, Hockaday en Hockaday 1975). Tegelijkertijd geldt dat het merendeel van de patiënten zichzelf in acht neemt dan wel een eigen middeltje slikt. Alhoewel dit voor het overgrote deel van de patiënten de juiste weg is, zal een deel van deze mensen de juiste diagnose missen en een 'patient delay' veroorzaken. Mannen hebben door hun geringere huisartsconsultfrequentie hier meer kans op.

Dit brengt ons op het hulpzoekgedrag van de patiënt richting medische professie. In Nederland is dit vrijwel steeds in eerste instantie de huisarts. Eén van de opvallendste resultaten van dit onderzoek is, dat patiënt en huisarts elkaar vanwege hoofdpijnproblematiek bijzonder weinig kennen of zien. Dit sluit aan bij eerder Nederlands onderzoek hieromtrent (Van de Lisdonk 1985). Dat dit sociaal bepaalde risicogroepen als alleenstaanden, laag opgeleide mannen, uitkeringsgerechtigden en mensen met een hoge score voor psychisch onwelbevinden betreft, zal geen bevreesding wekken. Juist deze groepen neigen tot het niet presenteren van hun problemen aan de huisarts (Querido 1991, De Bakker et al 1992, Tijhuis et al 1991). Tegelijkertijd concentreren deze risicogroepen zich in de grote steden, waar de huisarts vanwege voor handen zijnde alternatieven nogal eens gepasseerd wordt (Van der Velden 1990), hetgeen erin resulteert dat 12% van de patiënten de huisarts consulteert. In een plattelandspraktijk bedroeg dit 16% van de patiënten (Post e.a. 1985).

Vervolgens komt de huisartspraktijk in beeld met de vraag of de huisarts de hoofdpijnproblematiek (h)erkent. Het onderhavige onderzoek laat duidelijk zien dat een diffuus klachtenpatroon met betrekking tot hoofdpijn wordt gepresenteerd. Daaruit worden de diagnoses migraine en (spier)spanningshoofdpijn gericht gedestilleerd, maar blijft iets minder dan de helft met de diagnose aspecifieke hoofdpijn zitten of krijgt het label psychosociale problematiek met hoofdpijn. Dat juist bij de groep aspecifieke hoofdpijn relatief weinig vervolgspraken gemaakt worden, duidt op een afwachtende houding van de huisarts in deze. In hoeverre deze houding terecht is, dat wil zeggen blijft het aantal vals-positieve en het aantal vals-negatieve gevallen van migraine beperkt, kan niet uit dit materiaal afgeleid worden. Binnen de huisartspraktijk speelt bovendien het volgende fenomeen nog een rol. Het hoge percentage comorbiditeit dat optreedt bij migraine en andere vormen van hoofdpijn zal aanleiding zijn tot prioritering in de aanpak van de diverse gezondheidsproblemen door zowel de patiënt als de huisarts. Het is niet ondenkbaar dat migraine en andere vormen van hoofdpijn in veel gevallen een lagere prioriteit zullen ontvangen, zeker daar waar naar te verwachten de klachten spontaan zullen verminderen bij het aanpakken van de onderliggende problemen.

Wanneer de diagnoses migraine en (spier)spanningshoofdpijn eenmaal gesteld zijn, volgt in het algemeen een therapeutisch beleid dat conform internationale richtlijnen is. Bij migraine vindt veel gespreksvoering, geruststelling en voorlichting plaats in combinatie met medicamenteuze therapie, waarbij de ergotaminepreparaten een grote rol spelen.

Bij (spier)spanningshoofdpijn ligt het accent meer op geruststelling, voorlichting en verwijzen naar fysiotherapie en minder op medicamenteuze therapie.

Bij specifieke hoofdpijn wordt het minst aan gespreksvoering en voorlichting gedaan, maar het meest verwezen naar de tweedelijns (neuroloog, KNO) en vooral paracetamol (+ combinaties) voorgeschreven.

Bij psychosociale problematiek met hoofdpijn krijgt de aanpak van de psychosociale problemen voorrang, getuige het hoge percentage gespreksvoering en de gerichte medicamenteuze therapie.

Het geheel overziend, moet geconcludeerd worden dat met betrekking tot migraine en aanverwante aandoeningen zich vooral problemen lijken voor te doen op het terrein van het (h)erkennen van de aandoening. Dit wordt ten dele veroorzaakt doordat wetenschappelijk onderzoek rond migraine en aanverwante aandoeningen tot voor kort gehandicapt werd door onnauwkeurige en verwarrende definities en classificaties. Voor het overige spelen sociaal-economische factoren en nog meer sociaal-culturele factoren (met name vooroordelen vgl. Bonarius 1992) een rol in het (h)erkennen van deze aandoening door patiënt en huisarts. De toegenomen belangstelling voor het wetenschappelijk onderzoek rond migraine en de verschijning van de NHG-standaard 'Migraine' markeren een omslagpunt in het denken over de aanpak van dit omvangrijke gezondheidsprobleem.

De ontwikkeling en introductie van het nieuwe geneesmiddel sumatriptan heeft aan deze omslag fors bijgedragen.

Het wetenschappelijk onderzoek, met name effectonderzoek, is nu weer aan zet.

LITERATUUR

- Adriaanse H, Drop MJ, Halfens R, Philipsen H. Leeft Nederland oké? Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg, 1981.
- Alderson MR, Mortality, morbidity and health statistics. Hampshire, The Macmillan Press Ltd. 1988: 2-5.
- Baar M van , Foets M, van der Velden J. Geheelonthouding slecht voor u? Alcoholgebruik en ervaren morbiditeit, een secundaire analyse van de Nationale Studie. Stageverslag. Utrecht, NIVEL, 1991.
- Bakker DH de, Claessens AAMC, van der Velden J. Man-vrouw verschillen in gezondheid en medische consumptie. Utrecht, NIVEL, 1992.
- Bartelink MEL, van Duijn NP, Knuistingh Neven A, Ongerling JEP, Oosterhuis WW, Post D. NHG-standaard Migraine. Huisarts en Wetenschap 1991; 34(11): 504-8.
- Bensing JM, Foets M, van der Velden J, van der Zee J. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1991; 34(2): 51-61.
- Berg J van den, van den Bos GAM. Het (meten van het) voorkomen van chronische aandoeningen. 1974-1987. Mndber gezondheid, CBS 1989;3, 4-21.
- Bergh V van den, Amery WK, Waelkens J. Trigger factors in migraine: a study conducted by the Belgium Migraine Society. Headache 1987; 27: 191-6.
- Blau JN. Migraine: theories of pathogenesis. Lancet 16 May 1992: 1202-7.
- Blau JN, Thalapan M. Preventing migraine: a study of precipitating factors. Headache 1988; 28: 481-3.
- Bonarius H. Het hoofd boven water houden. Is hoofdpijn een vrouwenziekte? Opzij 1992, juni: 63-4.
- Bos GAM van den, Mohrs J, Habbema JDF, van der Maas PJ, Verhey JGC, Wendte JF, Huisman SJ. Chronische aandoeningen, hulpbehoevendheid en zorggebruik. Amsterdam ISG/Rotterdam IMG, 1986.
- Bruyn GW. Epidemiologie van migraine. TGO 1982; 7: 1411.
- Carrol JD. Migraine and oral contraception. The migraine headache and dixerit. Proceedings of a symposium held at Churchill College Cambridge 1972; 70-74.
- Clifford Rose FR. Trigger factors and natural history of migraine. Funct-Neurol 1986; 1: 379-84.
- Dalessio DJ. Headache and arterial hypertension. Dalessio DJ ed. Wolff's headache and other head pain. New York, Oxford University Press, 1987.
- Dalton K. Migraine and oral contraceptives. Headache 1976; 15: 247-51.
- Davies PT, Peatfield RC, Steiner TJ, Bond RA, Clifford-Rose F. Cephalalgia 1991; 11(5): 223-7.
- Dechant KL, Clissold SP. Sumatriptan. A review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties, and therapeutic efficiency in the acute treatment of migraine and cluster headache. Drugs 1992; 43 (5): 776-798.

- Epstein MT, Hockaday JM, Hockaday TDR. Migraine and reproductive hormones throughout the menstrual cycle. *Lancet*, 1975; 543-47.
- Feinstein AR. The pretherapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *J Chron Dis* 1970; 23: 455-68
- Ferrari MD, Ertzen J. Migraine en cluster headache, diagnostiek, pathofysiologie en behandeling. *Patient Care* 1990; 17(12): 13-35.
- Ferrari MD, Kok JG. Migraine: diagnose, pathofysiologie en therapie. *TvG* 1987; 131(8): 315-320.
- Foets M, Sixma HJM. Basisrapport: gezondheid en gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie. Een Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Utrecht, NIVEL, 1991.
- Foets M, van der Velden J. Een Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Basisrapport Meetinstrumenten en procedures. Utrecht, NIVEL, 1990.
- Friedman AP, Finley KM, Graham JR, Kunkel EC, Ostfeld AM, Wolff HG. The classification of headache. *Arch Neurol* 1962; 6: 173-176.
- Fürer JW, Tax B (red). Somatische klachten, psychiatrische symptomen en psychosociale problemen. Eindrapport Regioproject Nijmegen. Nijmegen, Instituut Sociale Geneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen, 1987.
- Ganzenboom H, Luyks R, Dessens J, De Graaf P, De Graaf ND, Jansen W, Ultee W. Intergenerationele klassemorbiditeit in Nederland tussen 1970 en 1985. *Mens en Maatschappij* 1987; 62.
- Goldberg D. The detection of psychiatric illness by questionnaire. *Maudsley Monographs* no. 21. London, Oxford University Press, 1972.
- Grobbee DE, Hofman A, ed. *Epidemiologie van ziekten in Nederland*. Utrecht, Bunge, 1989.
- Hatsch JP, Schoenfeld LS, Boutros NN, Seleshi E, Moore PJ, Cyr-Proost M. *Headache* 1991; 31(5): 302-304.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988; 8(suppl7).
- Henrich JB, Horwitz RI. A controlled study of ischemic stroke risk in migraine patients. *J. Clin. Epidemiol.*, 1989; 42: 773-80.
- Hoogen HJM van den, Huygen FJA, Schellekens JWG, Straat JM, van der Velden HGM (eds.). *Morbidity figures from general practice. Data from four general practices*. Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Nijmegen, 1985.
- International Classification of Health Problems in Primary Care - Defined. Oxford, Oxford University Press, 3rd. ed. 1983.
- Kerker JP, Westerhof PW, van Heijst ANP. De behandeling van de patiënt met ergotisme. *Ned. Tijdschrift Geneeskunde* 1984; 128: 1901-4.
- Knipschild P, Vissers A, Knottnerus A. Hoofdpijn en hoge bloeddruk. *Huisarts Wet* 1984; 27: 441-5.
- Kuy A van der (red), *Farmacotherapeutisch kompas, Amstelveen Ziekenfondsraad*; 1992

- Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Meditekst, Lelystad, 1991.
- Lamberts H, Wood M. International Classification of Primary Care. Oxford, Oxford University Press, 1987.
- Lance JW, c.s. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Cephalgia 1988; 8 (suppl 7).
- Lance JW. Treatment of migraine. Lancet 16 May 1992: 1207-9.
- Landis JR & Kock GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics 1977; 33: 159-174.
- Leijdekkers MLA, Passchier J. Prediction of migraine using psychophysiological measures. Headache, 1990; 30: 445-53.
- Lieshout GJCM van, de Kind LAP. Farmacotherapie - overleg over migraine, een voorbeeld. Pharmaceutisch weekblad. 1992; 127 (9): 239-42
- Lisdonk van de EH. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk. Een onderzoek met dagboeken. [Dissertatie]. Nijmegen, Katholieke Universiteit Nijmegen, 1985.
- Nicholson NL, Blanchard EB, Appelbaum KA. Two studies of the occurrence of psychophysiological symptoms in chronic headache patients. Behav Res Ther 1990; 28(3): 195-203.
- Nordic Council. ATC-classification. Oslo, 1990.
- Norusis MG, SPSS Advanced statistics student guide. SPSS Guc. 1990, Illinois.
- Olesen J, Edvinson L (eds). Basic mechanisms of headache. Amsterdam: Elsevier Science Publ 1988: 439-446.
- Packard RC. Life stress, personality factors, and reactions to headache. Pfaffenrath V, Hummelsberger J, Pollman W, Kaube H, Rath M. Cephalgia 1991; 11(6): 263-68.
- Post D, Gubbels J. Hoofdpijn in een huisartspraktijk. Huisarts Wet 1985; 28 (3): 264-266.
- Post D, Voorn ThB. Protocol voor hoofdpijnbehandeling. Patient Care 1990; 17(12): 89-91.
- Programmatie van het Wetenschapsbeleid. Nationaal Programma Sociale Wetenschappen Project Eerstelijnsgezondheidszorg, Brussel, 1978.
- Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population - a prevalence study. J Clin Epidemiol 1991; 44(11): 1147-1157.
- Rosner B. Fundamentals of biostatistics. PWS Publishers. Boston 1986: 424-429.
- Rundcrantz BL. Pain and discomfort in the musculo-skeletal system among dentists. Swed Dent J Suppl 1991; 76: 1-102.
- Sonsbeek J van, Stronkhorst LH. Methodische aspecten van de gezondheids-enquête. Statistische onderzoeken M22. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1983.
- Spierings ELH. Migraine Monografie. Uden, Sandoz, 1986.

- Stewart WF, Lipton RB, Celentano DD, Reed ML. Prevalence of migraine headache in The United States. JAMA 1992; 267(1): 64-69.
- Stricker BHCh, Ottervanger JP. Pijn op de borst door sumatriptan. Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde, 1992; 136(36): 1774-1776.
- Symmons DP, van Hemert AM, Vandenbroucke JP, Valkenburg HA. A longitudinal study of backpain and radiological changes in the lumbar spines of middle aged women. I Clinical findings. Ann Rheum Dis 1991; 50(3): 158-61.
- Tijhuis M, Verhaak PFM. Psychosociale problemen in de huisartspraktijk. Utrecht, NIVEL 1991.
- Velden J van der. De rol van de huisartspraktijk in Nederland. Medisch Contact 1990; 19: 605-8.
- Velden J van der, Schellevis FG, van der Steen J. International Classification of Primary Care), tabulaire lijst. Utrecht, NIVEL, 1989: 1-79.
- Velden J van der, de Bakker DH, Claessens AAMC, Schellevis FG. Basisrapport morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht, NIVEL, 1991.
- Welch KMA. Migraine, a biobehavioural disorder. Arch. Neurol. 1987; 44: 323-327.

BIJLAGE IA

Gebruikte criteria

ICHPPC-2 definitie van migraine:

Ofa of b:

- a. Herhaalde episodes van unilaterale hoofdpijn met één van de volgende kenmerken:
 - I misselijkheid of braken
 - II aura
 - III neurologische (inclusief visuele) functiestoornissen
 - IV positieve familie anamnese voor migraine
- b. Herhaalde episodes van bilaterale hoofdpijn met drie van de vier bovenstaande kenmerken (I t/m IV)

ICHPPC-2 definitie van spierspanningshoofdpijn:

Zowel a als b:

- a. Elke hoofdpijn welke qua tijdstip of intensiteit verband houdt met psychosociale spanningen
- b. Hoofdpijn welke niet verklaard kan worden door een organische aandoening of een andere geestesziekte ('mental disease')

IHS-definitie van migraine (classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain):

- a. Tenminste 5 aanvallen welke voldoen aan b t/m d
- b. Hoofdpijn die 4 tot 72 uur duurt (onbehandeld of zonder succes behandeld; bij kinderen < 15 jaar 2 tot 48 uur)
- c. Hoofdpijn met tenminste twee van de volgende kenmerken:
 1. unilateraal
 2. bonzend ('pulsating quality')
 3. matige tot ernstige intensiteit, welke dagelijkse activiteiten verhindert
 4. verergering door traplopen of vergelijkbare inspanning
- d. Tijdens de hoofdpijn tenminste één van de volgende kenmerken:
 1. misselijkheid of braken
 2. fotofobie of fonofobie
- e. Tenminste één van de volgende kenmerken:
 1. anamnese, lichamelijk en neurologisch onderzoek wijzen niet op andere aandoeningen
 2. als een dergelijke aandoening wel aanwezig is, dan mogen de migraine-aanvallen niet voor de eerste keer optreden in nauwe relatie met die aandoeningen

BIJLAGE IIa De gebruikte indicatoren voor ervaren gezondheid

Ad 1. Inschatting van de eigen gezondheidstoestand:

- 1 heel goed
- 2 goed
- 3 niet goed / niet slecht
- 4 slecht
- 5 heel slecht

Ad 2. Gerapporteerde klachten in de voorbije veertien dagen uit de volgende lijst:

- 1 duizeligheid
- 2 hoofdpijn
- 3 koorts
- 4 moeheid
- 5 nervositas
- 6 slapeloosheid
- 7 lusteloosheid
- 8 agressief gevoel
- 9 snel opgewonden zijn
- 10 overmatig transpireren
- 11 keelpijn
- 12 oorpijn
- 13 oorsuizen
- 14 slecht horen / verstopte oren
- 15 verstopte neus
- 16 neusbloeding
- 17 hoesten
- 18 benauwdheid / ademhalingsproblemen
- 19 hartkloppingen
- 20 dikke enkels
- 21 misselijkheid
- 22 pijn op borst / beklemd gevoel op borst
- 23 braken
- 24 diarree
- 25 maagzuur
- 26 maagpijn
- 27 buikkrampen
- 28 klachten over stoelgang
- 29 gewichtstoename
- 30 eetstoornissen
- 31 tandpijn
- 32 branderig gevoel bij plassen
- 33 geen controle over de blaas
- 34 nek-/schouderklachten
- 35 heupklachten
- 36 rugklachten
- 37 klachten arm/elleboog/hand/vingers
- 38 klachten been/knie/voet/tenen
- 39 problemen op het werk
- 40 gezinsproblemen
- 42 andere klacht(en)

Ad 3. Gerapporteerde chronische aandoeningen waaraan men lijdt:

Lichte chronische aandoeningen:

- 1 hooikoorts
- 2 aambeien
- 3 spataderen
- 4 migraine / ernstige hoofdpijn
- 5 chronische huidziekte / eczeem
- 6 nervositas / gespannen
- 7 allergische afwijking

Matig ernstige chronische aandoeningen:

- 1 hoge bloeddruk
- 2 open been
- 3 rugklachten / hernia / ischias
- 4 reuma / artritis / artrose
- 5 maagkwaal / maagzweer / zweer aan de 12-vingerige darm
- 6 galstenen / galblaas- / leverziekten
- 7 schildklierafwijking
- 8 oogklachten
- 9 gehoorafwijkingen
- 10 klachten aan gewrichten
- 11 andere chronische aandoeningen

Ernstige chronische aandoeningen:

- 1 CARA (chronische bronchitis / astma)
- 2 hartvaat ziekten (hartklachten / vocht achter de longen)
- 3 aderverkalking
- 4 gezwelvorming / kanker / leukemie
- 5 M. Parkinson / multiple sclerose / epilepsie
- 6 suikerziekte of diabetes mellitus
- 7 chronische nierziekte / nierstenen
- 8 ernstige gevolgen ongeval
- 9 handicap tgv erfelijke afwijking

Ad 4. De General Health Questionnaire (GHQ)

- 1 heeft u/bent u de afgelopen vier weken onrustig geslapen of vaker wakker geworden 's nachts
- 2 heeft u/bent u de afgelopen vier weken het gevoel gehad dat u over het geheel genomen de dingen goed aanpakt
- 3 heeft u/bent u de afgelopen vier weken warmte en genegenheid kunnen voelen voor de mensen die u dierbaar zijn
- 4 heeft u/bent u de afgelopen vier weken gemakkelijk met andere mensen overweg gekund
- 5 heeft u/bent u de afgelopen vier weken tijd besteed aan zo hier en daar een praatje maken
- 6 heeft u/bent u de afgelopen vier weken het gevoel gehad dat u zinvol bezig bent
- 7 heeft u/bent u de afgelopen vier weken het gevoel gehad dat u voortdurend onder druk stond
- 8 heeft u/bent u de afgelopen vier weken het gevoel gehad dat u uw moeilijkheden niet de baas kon
- 9 heeft u/bent u de afgelopen vier weken het leven een voortdurende strijd gevonden
- 10 heeft u/bent u de afgelopen vier weken plezier gehad in de dagelijkse bezigheden
- 11 heeft u/bent u de afgelopen vier weken de dingen zwaar opgenomen
- 12 heeft u/bent u de afgelopen vier weken gevonden dat alles u teveel werd

- 13 heeft u/bent u de afgelopen vier weken het gevoel gehad dat uw leven totaal uitzichtloos is
- 14 heeft u/bent u de afgelopen vier weken het gevoel gehad dat het leven de moeite niet waard is
- 15 heeft u/bent u de afgelopen vier weken door zorgen veel slaap tekort gekomen
- 16 heeft u/bent u de afgelopen vier weken het huis uitgegaan
- 17 heeft u/bent u de afgelopen vier weken tevreden over de manier waarop u uw taken vervulde
- 18 heeft u/bent u de afgelopen vier weken wel eens zomaar bang geworden of in paniek geraakt
- 19 heeft u/bent u de afgelopen vier weken in staat geweest uw problemen onder ogen te zien
- 20 heeft u/bent u de afgelopen vier weken het vertrouwen in uzelf kwijt geraakt
- 21 heeft u/bent u de afgelopen vier weken hoopvol gestemd geweest over de eigen toekomst
- 22 heeft u/bent u de afgelopen vier weken steeds maar zenuwachtig en gespannen geweest
- 23 heeft u/bent u de afgelopen vier weken zo zenuwachtig geweest dat u niets meer kon doen
- 24 heeft u/bent u de afgelopen vier weken zich kunnen concentreren op uw bezigheden
- 25 heeft u/bent u de afgelopen vier weken zich goed kunnen redden als de meeste andere mensen als ze in uw schoenen stonden
- 26 heeft u/bent u de afgelopen vier weken zich goed bezig kunnen houden
- 27 heeft u/bent u de afgelopen vier weken zich in staat gevoeld om over dingen beslissingen te nemen
- 28 heeft u/bent u de afgelopen vier weken zich ongelukkig en neerslachtig gevoeld
- 29 heeft u/bent u de afgelopen vier weken zich als een waardeloos iemand beschouwd
- 30 heeft u/bent u de afgelopen vier weken zich alles bij elkaar redelijk gelukkig gevoeld

Score = aantal items dat men meer of minder dan gewoonlijk heeft aangekruisd op bovengenoemde vragen

- 0-4 goede geestelijke gezondheid
- 5-9 matige geestelijke gezondheid
- >10 slechte geestelijke gezondheid

Chronische aandoeningen
Data-collectie Groene Kaart

Praktijknummer : Periode:
 Huisartscode :
 Patientnummer Enquête :
 Patientcode :

Onderzoek is niet uitgevoerd omdat:

Patiënt is verhuisd / van huisarts veranderd

Patiënt is niet ingeschreven in deze praktijk

Groene kaart bevat onvolledige informatie

Groene kaart is zoek

Andere reden, namelijk

Patient is voor (één van) onderstaande chronische aandoeningen bij de huisarts geweest.

Contactregistratieperiode:	Vóór	Tijdens	Tot 1 jaar na
Migraine/ernstige hoofdpijn *	ja/nee ^o	ja/nee	ja/nee
Astma en chronische bronchitis/CARA	ja/nee	ja/nee	ja/nee
Hooikoorts	ja/nee	ja/nee	ja/nee
Diabetes Mellitus	ja/nee	ja/nee	ja/nee
Hartziekten	ja/nee	ja/nee	ja/nee
Langdurige rugklachten	ja/nee	ja/nee	ja/nee
Chronisch reuma	ja/nee	ja/nee	ja/nee
Ziekten van het zenuwstelsel	ja/nee	ja/nee	ja/nee
Chronisch maag/darmlijden	ja/nee	ja/nee	ja/nee
Ernstige gevolgen van ongeval	ja/nee	ja/nee	ja/nee
Handicap	ja/nee	ja/nee	ja/nee
Oog/oorandoeningen	ja/nee	ja/nee	ja/nee

Aanvullende informatie, die voor de studie relevant kan zijn:

* - aanvullende opmerkingen bij de betreffende aandoening noteren
 o - omcirkel het juiste antwoord

TOELICHTING OP HET INVULLEN.

Het dagboek dient gedurende drie weken (21 dagen) te worden ingevuld, te beginnen op de dag dat de enquêteur bij U thuis is geweest.

Voor elke dag is er een aparte bladzijde beschikbaar. U kunt de vragen beantwoorden door het zetten van een kruis in het vakje dat voor U van toepassing is.

Wij zouden U willen vragen de vragenlijst met ballpoint, in blokletters in te vullen. Het is de bedoeling dat U iedere dag de desbetreffende bladzijde invult.

- vraag 01: Bij vraag 01 dient U de datum van elke dag te noteren.
- vraag 02: Deze vraag dient U iedere dag te beantwoorden, U doet dit door een kruisje te zetten bij het antwoord dat, voor U voor die dag van toepassing is.
- vraag 03: Ook bij deze vraag dient U iedere dag aan te geven wat voor U het geval is.
Met deze vraag bedoelen wij klachten die zowel van lichamelijke aard zijn (b.v. keelpijn, koorts e.d.) maar OOK klachten op het psychische of sociale vlak (b.v. nervositeit/slecht slapen e.d.)
Verwondingen en lichamelijke letsels moeten eveneens worden vermeld.
Wanneer U last hebt van langer durende aandoeningen (b.v. astma, hoge bloeddruk, suikerziekte e.d.) vermeldt deze dan ook, wanneer U er op de desbetreffende dag last van heeft.
- vraag 04: Indien U bij vraag 03 "JA" heeft aangekruist dient U bij vraag 04 aan te geven welke klacht het betreft.
Er zijn twee aparte vakken beschikbaar om (indien U meer dan één klacht heeft) de belangrijkste twee klachten te noteren.
Wanneer U meent dat bepaalde klachten met elkaar samenhangen - U heeft b.v. last van keelpijn, gepaard gaande met koorts - dan dient U die klachten in één vak te noteren.
- vraag 05: Bij deze vraag staat een aantal aspecten vermeld.
Wilt U per aspect aangeven of deze wel of niet op de desbetreffende klacht voor U op die dag van toepassing is. Wanneer U bij vraag 04 in twee vakken een klacht heeft genoteerd, dient U vraag 05 voor deze beide klachten te beantwoorden.
- vraag 06: Bij vraag 06 wordt een aantal mogelijkheden genoemd, die men kan ondernemen om de klacht te verhelpen/te verlichten. Het is de bedoeling dat U hier aankruist wat U die dag heeft gedaan om die klacht te verhelpen/te verlichten. U mag meerdere antwoorden aankruisen.
Enkele zaken vragen hier een nadere omschrijving:
Onder het gebruik van huismiddeltjes worden gerekend warme kruiken, bad/stomen, gebruik van infra rode lamp e.d. Onder het gebruik van medicijnen wordt niet alleen het slikken van tabletten e.d. verstaan maar ook het gebruik van siropen, zalven, pleisters, poeders e.d.
Het gebruik van de "PIL" ter voorkoming van zwangerschap dient U hier niet te vermelden.
Indien U bij vraag 04 beide vakjes heeft ingevuld, dient U ook deze vraag weer voor beide klachten te beantwoorden.

BIJLAGE IIc

9	0
10	1

dag		datum -19....		11 12 13 14 15 16							
				slecht (4)		zeer slecht (5)					
2	Ik voelde mij vandaag wat mijn gezondheid betreft:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(17)		
	Mijn gewone werkzaamheden gingen vandaag:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(18)		
	Mijn stemming was vandaag:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(19)		
3	Had U vandaag klachten over uw gezondheid? <i>(Met "klachten" wordt bedoeld ieder onaangenaam gevoel/verschijnsel of ander ongemak dat u stoort).</i>			Ja (1) <input type="checkbox"/>		neen (2) <input type="checkbox"/>		(20) voor vandaag behoeft U verder niets in te vullen			
4	Ik had vandaag de volgende klachten: <i>(klachten die bij elkaar horen in één vak zetten, zie ook de toelichting)</i>			klacht 1 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22		klacht 2 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 46					
5	met betrekking tot deze klacht(en)			ja (1)		neen (2)		ja (1)		neen (2)	
	- deze klacht is nieuw/onbekend voor mij			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (23)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (47)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (47)		
	- deze klacht duurt al langer dan 1 jaar			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (24)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (48)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (48)		
	- deze klacht hindert of irriteert mij			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (25)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (49)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (49)		
	- ik maak me zorgen over deze klacht			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (26)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (50)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (50)		
	- naar mijn mening gaat deze klacht vanzelf over.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (27)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (51)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (51)		
	- ik weet waarom of waardoor ik deze klacht heb			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (28)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (52)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (52)		
6	Ik heb vandaag met betrekking tot deze klacht(en):			zet een kruisje in de hokjes die voor U van toepassing zijn							
	- er helemaal niets aan gedaan			<input type="checkbox"/>	(29)	<input type="checkbox"/>	(53)	<input type="checkbox"/>	(53)		
	- er met anderen over gepraat			<input type="checkbox"/>	(30)	<input type="checkbox"/>	(54)	<input type="checkbox"/>	(54)		
	- er in een boek/tijdschrift over gelezen			<input type="checkbox"/>	(31)	<input type="checkbox"/>	(55)	<input type="checkbox"/>	(55)		
	- het rustiger aan gedaan (ben vroeger naar bed gegaan)			<input type="checkbox"/>	(32)	<input type="checkbox"/>	(56)	<input type="checkbox"/>	(56)		
	- meer lichaamsbeweging genomen/ontspanningsoefeningen gedaan			<input type="checkbox"/>	(33)	<input type="checkbox"/>	(57)	<input type="checkbox"/>	(57)		
	- mijn normale dagelijkse activiteiten gestaakt			<input type="checkbox"/>	(34)	<input type="checkbox"/>	(58)	<input type="checkbox"/>	(58)		
	- ben ziek in bed gebleven			<input type="checkbox"/>	(35)	<input type="checkbox"/>	(59)	<input type="checkbox"/>	(59)		
	- extra op mijn voeding gelet/minder (niet) gerookt			<input type="checkbox"/>	(36)	<input type="checkbox"/>	(60)	<input type="checkbox"/>	(60)		
	- geen (minder) alcoholische dranken gedronken			<input type="checkbox"/>	(37)	<input type="checkbox"/>	(61)	<input type="checkbox"/>	(61)		
	- een huismiddeltje gebruikt			<input type="checkbox"/>	(38)	<input type="checkbox"/>	(62)	<input type="checkbox"/>	(62)		
	- op doktersvoorschrift medicijnen gebruikt			<input type="checkbox"/>	(39)	<input type="checkbox"/>	(63)	<input type="checkbox"/>	(63)		
	- medicijnen gebruikt die ik in huis had of zelf gekocht hebt			<input type="checkbox"/>	(40)	<input type="checkbox"/>	(64)	<input type="checkbox"/>	(64)		
	- hulp van familie/vrienden/buren gekregen			<input type="checkbox"/>	(41)	<input type="checkbox"/>	(65)	<input type="checkbox"/>	(65)		
	- vandaag naar de huisarts gegaan			<input type="checkbox"/>	(42)	<input type="checkbox"/>	(66)	<input type="checkbox"/>	(66)		
	- vandaag naar andere hulpverlener gegaan			<input type="checkbox"/>	(43)	<input type="checkbox"/>	(67)	<input type="checkbox"/>	(67)		
	- deed nog iets anders/gedaan			<input type="checkbox"/>	(44)	<input type="checkbox"/>	(68)	<input type="checkbox"/>	(68)		

In de afgelopen 12 maanden meegemaakt ?	neen	ja
1) U bent binnen uw woonplaats verhuisd	.	.
2) U bent naar een andere woonplaats verhuisd	.	.
3) U bent zelfstandig gaan wonen	.	.
4) Een van uw kinderen is zelfstandig gaan wonen (wegens studie/huwelijk/werk e.d.)	.	.
5) U of uw echtgenote/partner werd zwanger/heeft een kind gekregen (adoptie meetellen)	.	.
6) U of uw echtgenote/partner heeft een miskraam/abortus gehad	.	.
7) U bent met werken gestopt (ontslag, pensioen, VUT, arbeidsongeschikt e.d.)	.	.
8) Uw echtgeno(t)e/partner (vader/moeder) is met werken gestopt (ontslag, pensioen, VUT, arbeidsongeschikt e.d.)	.	.
9) U bent (weer) met werken begonnen	.	.
10) Uw echtgeno(t)e/partner (vader/moeder) is (weer) met werken begonnen	.	.
11) U bent aan een nieuwe dag- of avondopleiding begonnen (cursussen niet meetellen)	.	.
12) U heeft uw opleiding voortijdig afgebroken (cursussen niet meetellen)	.	.
13) U of iemand anders uit uw huishouding heeft met succes een dag- of avondopleiding afgerond	.	.
14) U of iemand anders uit uw huishouding is voor een belangrijk examen gezakt	.	.
15) Uw kind (uw vader/moeder) (her)trouwde of ging samenwonen	.	.
16) Uw kind (uw vader/moeder) ging scheiden	.	.
17) U of iemand anders uit uw huishouding is van huis weggegaan	.	.
18) U had een financiële meevaller van meer dan het netto maandelijks gezinsinkomen (bijv. erfenis, schenking, prijs e.d.)	.	.
19) U had een financiële tegenvaller van meer dan het netto maandelijks gezinsinkomen (lening, schuld e.d.)	.	.
20) U leed schade aan persoonlijke eigendommen ten gevolge van diefstal, brand, vandalisme of geweld	.	.
21) U of iemand uit uw huishouding is lichamelijk mishandeld	.	.
22) Bij u of iemand uit uw huishouding of naaste familie is een ernstige ziekte geconstateerd	.	.
23) U of iemand uit uw huishouding of naaste familie is in een ziekenhuis opgenomen (gewoest)	.	.
24) Uw echtgeno(t)e of partner is overleden	.	.
25) Een kind van u is overleden	.	.

NU NAAR DE VOLGENDE BLADZIJDE (vraag 26)

0	1	2	3	4	0	2	4	6	8	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

BIJLAGE III

Tabel IIIa Samengaan van de aandoening hoofdpijn met 42 klachten, in percentages van de respondenten met de aandoening hoofdpijn (N = 1.163)

hoofdpijn (de klacht)	77,6***
moeheid	51,0***
nervositeit	35,0***
nek/schouderklachten	34,8***
rugklachten	32,7***
slapeloosheid	30,8***
snel opgewonden zijn	27,3***
verstopte neus	25,1***
duizeligheid	24,9***
hoesten	24,2**
lusteloosheid	24,2***
klachten aan been/knie/voet/tenen	21,7***
overmatig transpireren	19,9***
klachten aan arm/hand/vingers/elleboog	19,6***
keelpijn	18,2***
misselijkheid	18,2***
benauwdheid/ademhalingsproblemen	15,2***
buikkrampen	14,8***
pijn/beklemd gevoel op de borst	14,7***
agressief gevoel	14,0***
slecht horen/verstopte oren	13,9***
klachten over de stoelgang	13,9***
maagzuur	13,7***
hartkloppingen	13,1***
maagpijn	11,8***
oorsuizen	11,4***
gewichtstoename	11,2***
menstruatieklachten	11,1***
heupklachten	10,7***
braken	9,2***
dikke enkels	9,2***
koorts	9,0***
oorpijn	7,8***
diarree	7,7***
gezinsproblemen	6,4***
eetstoornissen	6,2***
tandpijn	5,2*
problemen op het werk	4,9***
geen controle over de blaas	4,3**
branderig gevoel bij het plassen	4,3***
neusbloeding	3,0
anticonceptieproblemen	1,5***

*** percentage is significant hoger dan onder respondenten zonder de aandoening hoofdpijn (p < .0001)

** idem (p < .001)

* idem (p < .01)

Tabel IIIb

Samengaan van de aandoening hoofdpijn met 29 andere aandoeningen, in percentages van de respondenten met de aandoening hoofdpijn (N = 1.163)

langdurige rugklachten, hernia, ischias, 'versleten rug'	26,6***
aambeien	15,2***
hoge bloeddruk	12,1***
spataderen	12,0***
chron. maagkwaal, maagzweer, zweer 12-vingerige darm, chron. darmstoornissen	10,3***
hartklachten	8,8***
chronische huidziekte of eczeem	8,3**
chronische menstruatieklachten, problemen i.v.m. menopauze	7,9***
chronische bronchitis, emfyseem, 'gerekte' of 'versleten' long	6,8
hooikoorts	6,5**
chronische reuma, artritis, artrose	6,4***
ernstige gevolgen van een ongeval (b.v. breuken), ernstige brandwonden	4,6***
astma	3,0***
chronische nierziekte, nierstenen	3,0***
ziekten van het zenuwstelsel: Parkinson, multiple sclerose, epilepsie	2,9***
galstenen, galblaas- en leverziekten	2,6***
schildklierafwijking	2,1***
prostaatklachten	1,9**
suikerziekte of diabetes	1,8**
gezwelvorming of kanker, leukemie of bloedkanker	1,6*
klachten aan gewrichten	1,5*
aderverkalking	1,1*
nervositeit/gespannenheid	1,1***
allergische afwijkingen	0,5
handicap t.g.v. erfelijke afwijking, polio	0,4
vocht achter de longen	0,4
gehoorafwijkingen	0,4
oogklachten	0,4
open been	0,1

*** percentage is significant hoger dan onder respondenten zonder de aandoening hoofdpijn (p < .0001)

** idem (p < .001)

* idem (p < .01)

Tabel IIIc Samenhang van klachten die samengaan met de aandoening migraine/ernstige hoofdpijn, volgens faktoranalyse

De 'proportie door een faktor verklaarde variantie' is de proportie variantie in het optreden bij hoofdpijn van alle onderzochte klachten samen, die door een faktor wordt 'verklaard', in statistische zin. Die drukt dus het relatieve belang van een faktor uit. De 'lading' van een klacht op een faktor is de mate waarin de faktor de klacht voorspelt, dus de mate waarin de faktor eigen is aan de klacht.

Variant I: Samenhang van klachten bij migraine/ernstige hoofdpijn

De aandoening hoofdpijn zonder hoofdpijklachten in de afgelopen 14 dagen
 Proportie variantie die door alle 12 factoren samen wordt verklaard = 51.3%

Faktor 1: proportie verklaarde variantie = 15.1%

<u>klacht</u>	<u>faktorlading</u>
snel opgewonden zijn	0,72
nervositeit	0,71
agressief gevoel	0,67
lusteloosheid	0,53
slapeloosheid	0,47
gezinsproblemen	0,43
moeheid	0,41
overmatig transpireren	0,39

Faktor 2: proportie verklaarde variantie = 4.8%

<u>klacht</u>	<u>faktorlading</u>
heupklachten	0,69
klachten aan arm/hand/vingers/elleboog	0,63
klachten aan been/knie/voet/tenen	0,62
rugklachten	0,61
nek/schouderklachten	0,55
problemen op het werk	0,24

Faktor 3: proportie verklaarde variantie = 4.3%

<u>klacht</u>	<u>faktorlading</u>
misselijkheid	0,75
braken	0,64
duizeligheid	0,47
eetstoornissen	0,45
buikkrampen	0,39

Faktor 4: proportie verklaarde variantie = 4.1%

<u>klacht</u>	<u>faktorlading</u>
hoesten	0,72
keelpijn	0,71
verstopte neus	0,68
koorts	0,44

Faktor 5: proportie verklaarde variantie = 3.3%

<u>klacht</u>	<u>faktorlading</u>
maagzuur	0,72
maagpijn	0,66
branderig gevoel bij plassen	0,48
klachten over de stoelgang	0,41
diarree	0,33

Faktor 6: proportie verklaarde variantie = 3.1%

<u>klacht</u>	<u>faktorlading</u>
oorsuizen	0,75
slecht horen/verstopte neus	0,72
oorpijn	0,58

Faktor 7: proportie verklaarde variantie = 3.0%

<u>klacht</u>	<u>faktorlading</u>
benauwdheid/ademhalingsproblemen	0,60
pijn/beklemd gevoel op de borst	0,53
hartkloppingen	0,48

Faktor 8: proportie verklaarde variantie = 2.9%

<u>klacht</u>	<u>faktorlading</u>
geen controle over de blaas	0,69
tandpijn	0,52

Faktor 9: proportie verklaarde variantie = 2.8%

<u>klacht</u>	<u>faktorlading</u>
gewichtstoename	0,64
menstruatieklachten	0,53

Faktor 10: proportie verklaarde variantie = 2.7%

<u>klacht</u>	<u>faktorlading</u>
dikke enkel	0,69

Faktor 11: proportie verklaarde variantie = 2.6%

<u>klacht</u>	<u>faktorlading</u>
anticonceptieproblemen	0,77

Faktor 12: proportie verklaarde variantie = 2.5%

<u>klacht</u>	<u>faktorlading</u>
neusbloeding	0,71

Tabel III d Variant II Samenhang van klachten bij de aandoening migraine/ernstige hoofdpijn met hoofdpijnklachten in de afgelopen 14 dagen

Proportie variantie die door alle 13 factoren samen wordt verklaard = 54%

Faktor 1: proportie verklaarde variantie = 14.9%

<u>klacht</u>	<u>faktorlading</u>
snel opgewonden zijn	0,69
nervositeit	0,69
agressief gevoel	0,67
gezinsproblemen	0,52
lusteloosheid	0,42

Faktor 2: proportie verklaarde variantie = 5.0%

<u>klacht</u>	<u>faktorlading</u>
heupklachten	0,71
klachten aan been/knie/voet/tenen	0,66
klachten aan arm/elleboog/hand/vingers	0,63
rugklachten	0,57
nek/schouderklachten	0,50

Faktor 3: proportie verklaarde variantie = 4.5%

<u>klacht</u>	<u>faktorlading</u>
hoesten	0,74
keelpijn	0,69
verstopte neus	0,69

Faktor 4: proportie verklaarde variantie = 3.9%

<u>klacht</u>	<u>faktorlading</u>
harkloppingen	0,67
pijn op de borst	0,64
benauwdheid	0,57

Faktor 5: proportie verklaarde variantie = 3.4%

<u>klacht</u>	<u>faktorlading</u>
misselijkheid	0,76
braken	0,60
eetstoornissen	0,52
duizeligheid	0,47

Faktor 6: proportie verklaarde variantie = 3.2%

<u>klacht</u>	<u>faktorlading</u>
maagzuur	0,75
maagpijn	0,59
branderig gevoel bij plassen	0,47
klachten over de stoelgang	0,45

Faktor 7: proportie verklaarde variantie = 3.1%

<u>klacht</u>	<u>faktorlading</u>
oorsuizen	0,73
slecht horen/verstopte neus	0,71
oorspijn	0,60

Faktor 8: proportie verklaarde variantie = 2.9%

<u>klacht</u>	<u>faktorlading</u>
diarree	0,70
buikkrampen	0,61
overmatig transpireren	0,46

Faktor 9: proportie verklaarde variantie = 2.9%

<u>klacht</u>	<u>faktorlading</u>
koorts	0,41
moe	0,41

Faktor 10: proportie verklaarde variantie = 2.8%

<u>klacht</u>	<u>Faktorlading</u>
---------------	---------------------

Faktor 11: proportie verklaarde variantie = 2.6%

<u>klacht</u>	<u>Faktorlading</u>
---------------	---------------------

Faktor 12: proportie verklaarde variantie = 2.5%

<u>klacht</u>	<u>Faktorlading</u>
dikke enkel	0,68

Faktor 13: proportie verklaarde variantie = 2.5%

<u>klacht</u>	<u>faktorlading</u>
neusbloeding	0,73
braken	0,40

BIJLAGE IV

Alle contacten waarbij één van de ICPC-codes NO1.0, N89.0, N99.4 en P10.0 als klacht (reden voor komst) dan wel (differentiaal) diagnose is geregistreerd en waarbij de uiteindelijke episodenaam één van de volgende ICPC-codes is:

A.: 01, 04, 23, 25, 26, 27, 29, 97

B.: 25, 26, 27

D.: 26, 27

F.: 27

H.: 27

K.: 25, 27

L.: 01, 26, 27

N.: 26, 27, 29

P.: 01, 02, 03, 07, 09, 24, 29, 74, 75.2, 76, 78, 99.8, 99.9

R.: 26, 27

S.: 26, 27

T.: 26, 27

U.: 26, 27

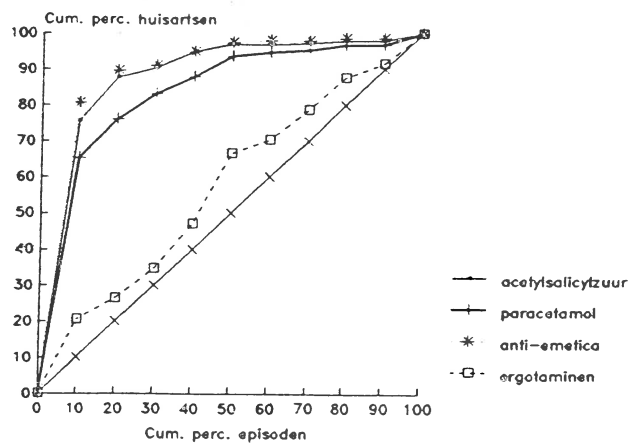
W.: 27

X.: 23, 24, 25, 26, 27

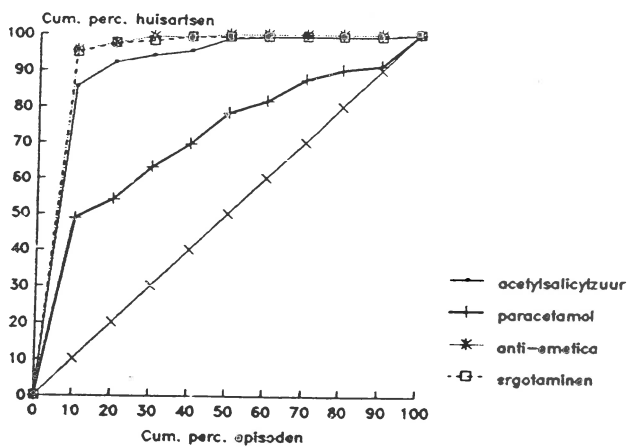
Y.: 24, 25, 26, 27

Z.: 01 t/m 29.9

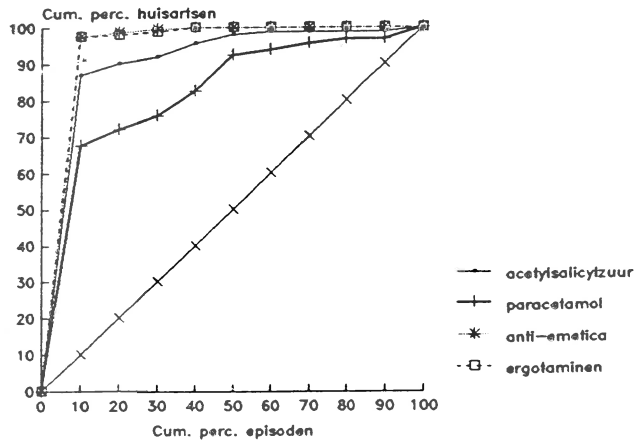
Medicatie bij migraine



Medicatie bij spanningshoofdpijn



Medicatie bij psychosoc.problematiek



Medicatie bij hoofdpijn

