

## Eerste ervaringen met COPD-ketenzorg

### Samenvatting

Smeele I, Meulepas M, Meulemans C, Reus I, Klomp M. *Eerste ervaringen met COPD-ketenzorg. Huisarts Wet 2012;55(5):194-8.*

**ACHTERGROND** Ketenzorg voor chronisch zieken is een hot item, maar behalve voor diabetes is er nog weinig ervaring met ketenzorgprogramma's voor bijvoorbeeld COPD, astma of cardiovasculair risicomanagement. Hoe organiseer je deze zorg, welke indicatoren gebruik je en hoe meet je de effecten? De Eindhovense zorggroep DOH heeft in 2009 ketenzorgprogramma's opgezet voor patiënten met COPD en astma, en daarvoor integrale bekostigingscontracten afgesloten met twee verzekeraars.

**METHODE** Tijdens de implementatie van het COPD-ketenzorgprogramma is veel aandacht besteed aan de registratie van indicatoren met het oog op interne kwaliteitssturing en externe verantwoording. Naast de 'standaard' NHG-indicatoren voor COPD-huisartsenzorg werden ook aanvullende indicatoren geregistreerd, zoals exacerbaties, zelfmanagement (stoppen met roken en bewegen) en medicatie. De registraties maken het mogelijk de situatie in 2008 (vóórdat het ketenzorgprogramma van start ging) te vergelijken met die in 2010.

**RESULTATEN** De prevalentie van COPD in de patiëntenpopulatie (ruim 98.000 in 2010) kwam overeen met de landelijke prevalentie: 1,9% in 2010. De helft van deze patiënten (0,9%) werd behandeld in de tweede lijn, van de overige 1% nam driekwart (0,75%) deel aan het ketenzorgprogramma. Het programma zorgde voor een aanzienlijke verbetering in de registratie: het aantal patiënten met een onduidelijke diagnose nam af van 1,5% in 2008 naar 0,02% in 2010. Bij de nulmeting in 2008 waren de meeste indicatoren bij minder dan 50% van de patiënten geregistreerd, in 2010 was dit bijna 80% voor de tien NHG-indicatoren (bij de aanvullende indicatoren was de vooruitgang kleiner). Het is aannemelijk dat de verbeterde registratie samen ging met een verbeterd zorgproces. Door onvoldoende registratie zijn er wat betreft patiëntuitkomsten nog geen conclusies te trekken.

**CONCLUSIE** Zelfs in een goed georganiseerde en zeer actieve zorggroep als de DOH heeft het tijd gekost (enige jaren) om de registratie van indicatoren in het reguliere zorgproces te integreren. Integrale bekostiging draagt bij aan betere registratie, maar er zijn praktische knelpunten die snelle implementatie belemmeren. Daarom is het aan te raden om te starten met een beperkte set indicatoren en pas na evaluatie daarvan te beginnen met het registreren van aanvullende indicatoren.

### ACHTERGROND

Er is het nodige te doen over ketenzorg voor patiënten met chronische aandoeningen. Eén van de discussiepunten is het opzetten van zorggroepen om deze nieuwe vorm van zorg te leveren, een ander punt is het vaststellen van de juiste indicatoren om de uitkomsten te meten. Onderzoek naar ketenzorg bij diabetes mellitus, waarmee relatief meer ervaring is opgedaan, heeft laten zien dat het zorgproces op zichzelf wel verbetert, maar dat harde effecten op de patiëntuitkomsten moeilijk aantoonbaar zijn.<sup>1,3</sup> Met het opzetten van ketenzorgprogramma's voor andere chronische patiënten – bijvoorbeeld COPD, astma of cardiovasculair risicomanagement – is men terughoudender. Er is bij deze aandoeningen ook minder duidelijkheid over de te gebruiken indicatoren, mede omdat er minder bekend is over effecten op het zorgproces en de patiëntuitkomsten. Voor zover er onderzoek voorhanden is, had dat een beperkte duur (1 jaar) en vond het voor een deel plaats met hooggespecialiseerde verpleegkundigen, in een onderzoeksetting met separate gegevensverzameling en zonder integrale bekostigingssystematiek.<sup>4,5</sup> In Engels onderzoek bleek een soortgelijke betalingssystematiek (*pay for performance*) het zorgproces in de huisartsenzorg te verbeteren, maar dit paste in een trend naar zorgverbetering die in voorgaande jaren al zichtbaar was.<sup>6</sup>

Argumenten vóór het gebruik van indicatoren in de huisartsenzorg zijn: verantwoording jegens de zorgverzekeraar die de zorg betaalt, transparantie voor de patiënt en bevordering van de kwaliteit. Argumenten contra zijn: extra administratieve lasten, bureaucrativering, de beperkte validiteit van met name uitkomstindicatoren, het gevaar

#### Wat is bekend?

- Er is discussie over de organisatie van ketenzorg voor chronisch zieken in de vorm van zorggroepen, en over de indicatoren waaraan de uitkomsten kunnen worden afgemeten.
- Met ketenzorg bij diabetes mellitus is al veel ervaring opgedaan, maar voor COPD, astma en cardiovasculair risicomanagement is dat veel minder het geval.
- Effecten op zorguitkomsten van COPD-ketenzorg is nog niet eenduidig vastgesteld.

#### Wat is nieuw?

- Het kost tijd om de registratie van indicatoren voor COPD-ketenzorg in de eerste lijn op orde te krijgen. Ook in een goed georganiseerde praktijk duurt dat een aantal jaren.
- Het registreren en verzamelen van aanvullende COPD-indicatoren (en patiëntuitkomsten) heeft een langere aanloop nodig en is in de beginfase niet aan te raden.
- Integrale bekostiging van de ketenzorg leidt tot aanzienlijk betere registratie van indicatoren en daardoor waarschijnlijk ook tot een beter zorgproces.

Zorggroep De Ondernemende Huisarts, Postbus 2406, 5600 CK Eindhoven: dr. I.J.M. Smeele, kaderhuisarts astma/COPD; I. Reus, longverpleegkundige/verpleegkundig coördinator; M.F. Klomp, huisarts, medisch directeur. Meetpunt Kwaliteit Eindhoven: dr. M.A. Meulepas, manager/onderzoeker; C. Meulemans, datamanager zorggroepen • Correspondentie: i.smeele@upcmail.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: de ontwikkeling en implementatie (samen met de zorggroep PoZoB) van het regionale zorgprogramma COPD en astma is mede mogelijk gemaakt met subsidie van eerstelijns ondersteuningsorganisatie FAST met steun van zorgverzekeraars CZ en VGZ.

dat de zorg zich gaat beperken tot 'indicatoren afvinken' en interferentie in de relatie tussen arts/verpleegkundige en patiënt.

De implementatie van een ketenzorgprogramma COPD in onze zorggroep bood de mogelijkheid om een aantal vragen in deze discussie nader te onderzoeken. (1) Lukt het om gegevens te verzamelen binnen het reguliere zorgproces? (2) Wat zijn daarbij de knelpunten? (3) Leidt de implementatie van COPD-ketenzorg tot meetbaar betere zorg? (4) Wat is de toepasbaarheid en opbrengst van de NHG-indicatoren voor COPD-huisartsenzorg, en welk nut hebben aanvullende indicatoren (geleverd op verzoek van een zorgverzekeraar)?

## METHODE

### Populatie

Zorggroep De Ondernemende Huisarts (DOH) in Zuidoost-Brabant bestaat uit veertien NHG-geaccrediteerde huisartsenpraktijken met 54 huisartsen, 23 POH's en twee gespecialiseerde verpleegkundigen. Eind 2008 stonden bij de aangesloten praktijken in totaal 89.487 patiënten ingeschreven, een aantal dat eind 2009 gestegen was tot 93.911 en eind 2010 tot 98.685.

De zorggroep heeft in 2009 ketenzorgprogramma's voor COPD, astma en diabetes mellitus geïmplementeerd. Regionale ketenzorgprogramma's werden opgesteld in samenspraak met huisartsen, praktijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten, consultant-longartsen en het diagnostisch centrum, in samenwerking met de praktijkondersteuningsorganisatie PoZoB en met subsidie van de regionale ondersteuningsorganisatie Fast. Voor beide ketenzorgprogramma's sloot DOH integrale bekostigingscontracten af met de preferente zorgverzekeraars VGZ en CZ.

Aan de basis van het COPD-zorgprogramma liggen de *Zorgstandaard COPD* van de Long Alliantie Nederland, de *NHG-Standaard COPD* en de *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van COPD*.<sup>7-9</sup> Het programma omvat vijf modules (diagnostiek/intensieve fase; follow-up/minder intensieve fase; exacerbaties; stoppen met roken; bewegen) – het zorgprogramma astma heeft dezelfde structuur, maar zonder de module bewegen. Gezien de lage prevalentie van een lage BMI in de populatie patiënten in het zorgprogramma en de discussie over de plaats van dieetinterventies zijn afspraken met diëtisten niet opgenomen.<sup>10</sup> Met apothekers waren er al regionale afspraken over inhalatie-instructie bij eerste uitgifte, en met longartsen zijn er afspraken gemaakt over de verwijz- en terugverwijscriteria uit de bovengenoemde richtlijnen.

### Interventie

Voor de implementatie van het zorgprogramma zijn 10 scholingen (6 zorginhoudelijke en 4 over registratie) voor huisartsen en POH gezamenlijk georganiseerd. Aan de orde kwamen: correcte diagnostiek, medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandeling (bewegen en stoppen met roken), spirometrie en bespreking van eigen casuïstiek. Voor de registratie werden de protocollen uit het HIS gebruikt (binnen de zorggroep zijn drie verschillende HIS's in gebruik). Alle praktijken kregen bij de implementatie van het

zorgprogramma ondersteuning in de vorm van praktijkbezoeken door een (long)verpleegkundig coördinator, een zorgprogrammamap (gebaseerd op de NHG-Praktijkwijzer Astma en COPD), een website, een nieuwsbrief en vijf feedbackrapportages. De longverpleegkundig consultant besprak deze feedbackrapportages (zowel op praktijk- als individueel patiëntniveau) met de POH en de huisarts tijdens haar praktijkbezoeken; twee ervan gingen over de correcte inclusie van patiënten en drie over de zorginhoud.

### Uitkomstmaten

De kwaliteitsindicatoren van het ketenzorgprogramma sloten aan bij de NHG-indicatoren COPD<sup>11</sup> [figuur 1]. Op verzoek van de zorgverzekeraar werden aanvullende indicatoren geregistreerd, waaronder exacerbaties, kwaliteit van leven, zelfmanagementinterventies (stoppen met roken, bewegingsprogramma bij fysiotherapie), medicatie en validiteit van de diagnose [figuur 2]. Met het oog op voortschrijdende ontwikkelingen rond indicatoren en nog te definiëren uniforme HIS-coderingen voor bijvoorbeeld exacerbaties werd voor deze indicatoren een 'groeimodel' afgesproken. Principieel uitgangspunt was dat de registratie binnen de reguliere zorgverlening moest passen en dat het HIS de primaire bron moest zijn.

De indicatoren zijn gemeten op drie momenten: de nulmeting had betrekking op 2008, de eerste meting op 2009 en de tweede meting op 2010. Elk van de drie metingen betrof alle

### Abstract

*Smeele IJM, Meulepas MA, Meulemans C, Reus I, Klomp MF. Implementation of integrated care in COPD. Huisarts Wet 2012;55(5):194-8.*

**INTRODUCTION** Implementation of integrated care through care groups and the use of indicators is subject for discussion, particularly in COPD, asthma and CVRM partly because there is little information available about the perceived effects and use of indicators.

**BACKGROUND** The care group DOH (2010, 98,685 registered patients) implements since 2009 integrated care for COPD and asthma using bundled payment contracts with health insurance companies.

**KEY MEASURES OF QUALITY IMPROVEMENT** National COPD indicators GP care with additional indicators on exacerbations, self-management (stop smoking and exercise) and medication.

**EFFECTS** The prevalence (1.9%) was in concordance with national figures. In 2010, 1% of the patients was treated in primary care (0.75% in care programme, 0.25% had no indication) and 0.9% in secondary care. The number of patients with an unclear diagnosis decreased from 1.5% in 2008 to 0.02%. At baseline (2008), most indicators were less than 50% registered after two years this increased to almost 80% in the COPD indicators GP care. The additional indicators improved less. It is likely that the improved registration is associated with improved care process. Because of incomplete recordings concerning patient outcomes, no conclusions can be drawn yet.

**LESSONS TO BE LEARNT** It takes several years before recording of care process is at a sufficient level, practical bottlenecks hamper the rapid implementation. Registration and extraction of additional indicators (and patient outcomes) is not recommended in the initial phase. The indicators can be used for both internal quality assurance and external accountability.

patiënten die op dat moment in het ketenzorgprogramma waren opgenomen, in de HIS geregistreerd als 'hoofdbehandelaar huisarts'. Van de meting uitgesloten waren patiënten met 'geen geregelde zorg' in de HIS-registratie. De resultaten waren bestemd voor intern kwaliteitsbeleid en sturing, maar dienden ook als benchmarkinformatie en prestatie-indicator voor de zorgverzekeraars.

De gegevens uit de drie verschillende HIS'sen zijn verzameld door het Meetpunt Kwaliteit Eindhoven, dat het data-management van DOH verzorgt, in samenwerking met het Pharmo Instituut Utrecht.

**RESULTATEN**

**Prevalentie van COPD**

De prevalentie van COPD in de patiëntenpopulatie van DOH kwam in 2009 en 2010 overeen met de landelijke prevalentie: 1,8% en 1,9%.<sup>7</sup> Van de patiënten bleek in 2010 ruim de helft (1% van het totaal) behandeld in de eerste lijn (0,75 % opgenomen in het zorgprogramma en 0,25% behandeld in de eerste lijn maar geen indicatie voor opname in het zorgprogramma vanwege hoge leeftijd en/of beperkte ziektelast en/of onvoldoende motivatie), en iets minder dan de helft (0,9%) behandeld in de tweede lijn. Het aantal patiënten met een onduidelijke diagnose (dat wil zeggen code R95 COPD zonder hoofdbehandelaarregistratie, afspraak alleen toe te kennen na spirometrie en/of analyse van journaalgegevens op correctheid van diagnose en/of longartsdiagnostiek) nam drastisch af, van 1,5% in 2008 tot 0,3% in 2009 en 0,02% in 2010, alweer gerekend over de totale populatie.

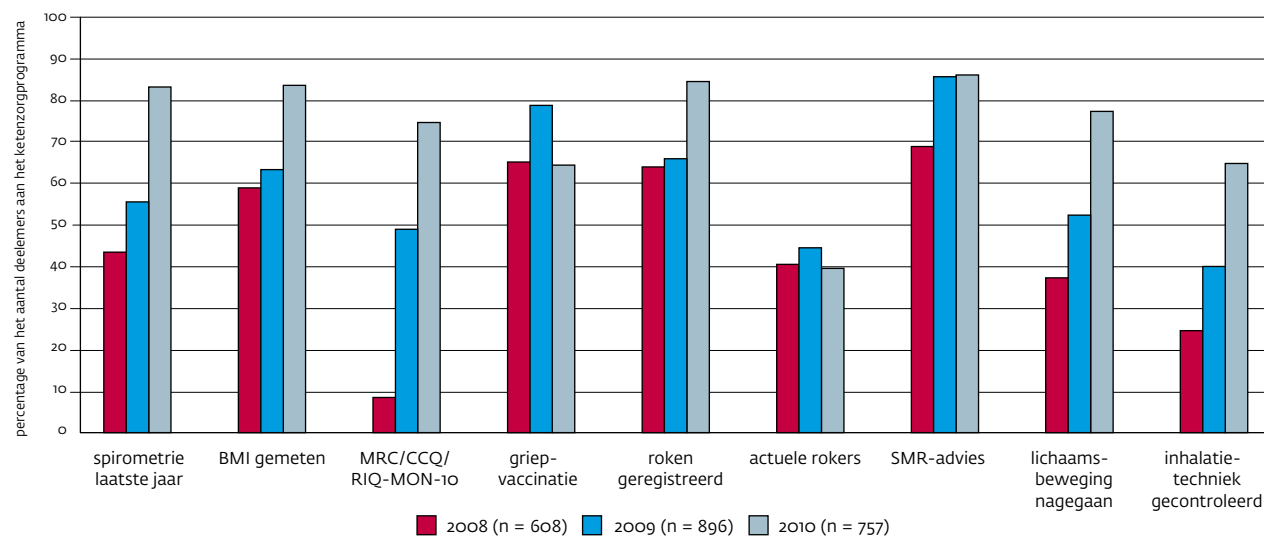
**Verbeteringen in registratie en zorgproces**

De nulmeting in 2008 (gedaan over 73.597 van de 89.487 patiënten) liet zeer veel ruimte voor verbetering zien wat betreft registratie en geleverde zorg. De meeste indicatoren, NHG aanvullend, waren in 2008 voor nog niet de helft van de patiënten geregistreerd, maar in 2010 was dit aandeel gestegen tot gemiddeld bijna 80% voor de NHG-indicatoren [figuur 1]. De vooruitgang was minder groot voor de aanvullende indicatoren, met name voor de zelfmanagementinterventies stoppen met roken en beweegprogramma [figuur 2].

Toch steeg het percentage correct gebruik van inhalatie-medicatie van 72% in 2008 naar 88% in 2010, dus het is aanmerkelijk dat de verbeterde registratie samenging met een verbeterd zorgproces. Dit laatste is ook af te leiden uit de jaarlijkse spirometriemetingen en uit de aandacht voor functionele en beweegstatus, rookgedrag, gewicht, comorbiditeit en inhalatietechniek. Het is echter niet uit te sluiten dat aan rookgedrag, gewicht en inhalatietechniek al eerder aandacht werd besteed maar dat dit niet als zodanig, of alleen als vrije tekst, in het journaal werd genoteerd.

Over patiëntuitkomsten waren de gegevens bij de nulmeting in 2008 onvoldoende betrouwbaar. Gemiddeld waren er in 2009 per patiënt 0,26 met prednis(ol)on behandelde exacerbaties, en in 2010 0,36. De mate van bewegen (bij de patiënten bij wie dat was geregistreerd) was in 2009 bij 36% en in 2010 bij 21% gelijk of minder dan ADL. De score op de CCQ-Kwaliteit van Leven was in 2010 bij 45% geregistreerd en had een gemiddelde waarde van 1,29 op een schaal van 0 (geen beperkingen) tot 5 (erg beperkt). Gezien de onvolledige registratie en het beperkte aantal metingen zijn er over patiëntuitkomsten nog geen conclusies te trekken.

**Figuur 1 Registratie van NHG-indicatoren huisartsenzorg COPD<sup>11</sup>**



BMI = body mass index; BNP = brain-natriuretisch peptide; CCQ = Clinical COPD Questionnaire; FEV<sub>1</sub> = forced expiratory volume in 1 second; FVC = forced vital capacity; GOLD= Global Initiative for Chronic Obstructive lung Disease; RIQ-MON-10 = Respiratory Illness Questionnaire Monitoring 10; MRC = Medical Research Counsel Dyspnea score; SMR = stoppen met roken.

## DISCUSSIE

Een aantal praktische knelpunten bij het registreren, verzamelen en rapporteren belemmerde een snelle ingebruikname van de indicatoren [kader].

### Praktische knelpunten

- Niet goed importeren en wegschrijven van longfunctiemetwaarden uit spirometers.
- Meetwaarden in de HIS-tabellen onvoldoende up to date (niet volgens de laatste versie van de landelijke standaard).
- Ontbreken (aanvankelijk) van meetwaarden voor verwijzing fysiotherapie en stoppen-met-rokeninterventies.
- Onvoldoende consequente registratie van comorbiditeit.
- Kopiëren van de meetwaarde 'roken nee' bij niet-rokers uit voorgaande jaren.
- COPD-gerelateerde ziekenhuisopnames niet te registreren in HIS.
- Lange doorlooptijd (tot zes à acht maanden) van feedbackrapportages.
- COPD-indicatoren worden tijdens het spreekuur verzameld (indicatoren voor diabetes en cardiovasculair risicomanagement worden voornamelijk via het laboratorium verzameld).
- Patiënten komen niet op controles.

De resultaten laten zien dat het ook in een goed georganiseerde eerstelijnszorggroep met een actieve implementatiestrategie een aantal jaren duurt voordat de registratie van COPD-indicatoren zodanig is dat men er een regulier ketenzorgproces mee kan onderbouwen. Daarbij moeten nogal wat praktische knelpunten overwonnen worden. Het is haalbaar om de beperkte set NHG-indicatoren voor COPD in het reguliere zorgproces te verzamelen. Maar het registreren (en verzamelen) van aanvullende indicatoren, hoe relevant ook in zorginhoudelijk opzicht en vanuit patiëntperspectief, heeft

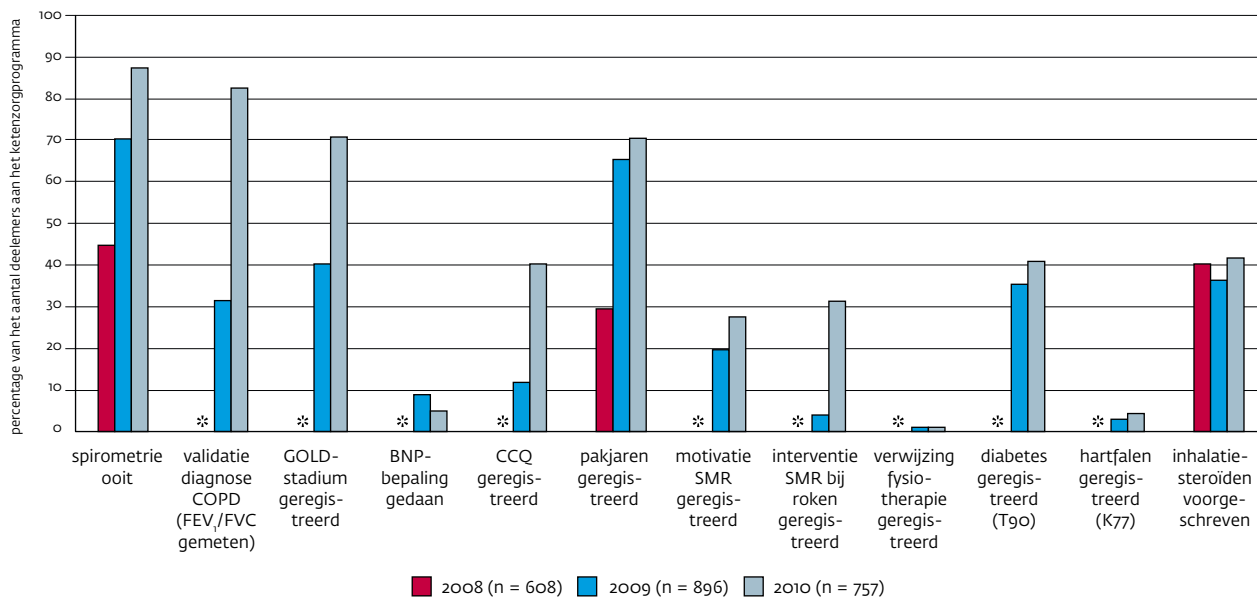
een langere aanloop nodig en is zeker in de beginfase niet aan te raden. Zorgverleners moeten eerst de basisset goed kunnen registreren en verzamelen, pas daarna kan men eventuele volgende stappen zetten.

Een belangrijke randvoorwaarde bij dit alles is een goede, eenduidige systematiek in het elektronisch patiëntendossier met uniforme, uitgeteste meetwaarden zoals in de *NHG-Tabel Diagnostische bepalingen*.<sup>12</sup> Eenduidige systematiek is een grote steun voor de zorgverleners, zowel in het zorgproces zelf als bij het verzamelen van de indicatoren. Is de beperkte set indicatoren eenmaal goed geregistreerd en geëxtraheerd, dan kunnen verbeteringen zichtbaar worden gemaakt.

Tijdens de implementatie van ons COPD-ketenzorgprogramma zagen wij een aanzienlijke verbetering van de registratie, en het is aannemelijk dat daardoor ook de zorg is verbeterd. Meetbare veranderingen op patiëntniveau zijn echter de eerste jaren nog niet te verwachten. Dat komt vooral door registratieproblemen. Zo zijn exacerbaties moeilijk betrouwbaar te registreren vanwege definitieproblemen, en was de kwaliteit van leven de eerste twee jaar bij onvoldoende patiënten geregistreerd om een betrouwbare uitspraak te kunnen doen over veranderingen daarin. Daarbij is nog onduidelijk in hoeverre de verleende zorg in de eerste lijn bij patiënten met milde ziektelast daadwerkelijk invloed heeft op bijvoorbeeld longfunctie, kwaliteit van leven en exacerbaties. Men zou dit moeten nagaan aan de hand van pilotonderzoek in 'koplopergroepen' en binnen het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg.

Op praktijkniveau kunnen de NHG-indicatoren al gebruikt worden voor interne kwaliteitssturing, bijvoorbeeld via feedbackrapportages aan en benchmarking van de zorgverleners,

**Figuur 2** Registratie aanvullende indicatoren COPD



\* Gegevens voor 2008 ontbreken.



Foto: Ger Loeffen/Hollandse Hoogte

maar ook voor externe verantwoording, bijvoorbeeld als pres-tatie-indicatoren binnen de zorggroep en voor verzekeraars: wordt er geleverd wat is afgesproken? Is met deze beperkte set eenmaal ervaring opgedaan, dan is de volgende stap een kritische evaluatie: hoe definieer je een 'goed' resultaat (bijvoorbeeld: als het om het aantal rokers gaat, is een afname met enkele procenten al goed, maar bij de mate van nagaan van

kwaliteit van leven en beweegstatus moet men streven naar scores > 90%), welke plafondeffecten treden op (heeft het zin om een indicator die > 90% scoort nog te verzamelen?), welke toegevoegde waarde heeft de indicator in de kwaliteitscyclus, is hij voldoende afgestemd op de patiënt, enzovoort. Op grond van die ervaringen en inzichten kunnen dan aanvullende indicatoren gekozen worden. ■

#### LITERATUUR

- 1 Struijs JN, Van Til JT, Baan CA. Experimenting with a bundled payment system for diabetes care in the Netherlands: The first tangible effects. Bilt-hoven: RIVM, 2010.
- 2 Rutten GE. Diabeteszorggroepen en de keten-DBC. *Bijblijven* 2010;26:9-16.
- 3 Lutgers HL, Gerrits EG, Sluiter WJ, Ubink-Veltmaat LJ, Landman GWD, Links TP, et al. Life expectancy in a large cohort of type 2 diabetes patients treated in primary care (ZODIAC-10). *PLoS One* 2009;4:e6817.
- 4 Steuten L, Vrijhoef B, Van Merode F, Wesseling GJ, Spreeuwenberg C. Evaluation of a regional disease management programme for patients with asthma or chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Qual Health Care* 2006;18:429-36.
- 5 Meulepas MA, Jacobs JE, Smeenk FW, Smeele I, Lucas AE, Bottema BJ, et al. Effect of an integrated primary care model on the management of middle-aged and old patients with obstructive lung diseases. *Scand J Prim Health Care* 2007;25:186-92.
- 6 Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *N Engl J Med* 2009;361:368-78.
- 7 Salomé PhL, In 't Veen JCCM, Van Vliet M, Euving E, Göttgens W, Harms LM, et al. Zorgstandaard COPD 2010. Amersfoort: Long Alliantie Nederland, 2010.
- 8 Smeele IJM, Van Weel C, Van Schayck CP, Van der Molen T, Thoonen B, Schermer T, et al. NHG-Standaard COPD. *Huisarts Wet* 2007;50:362-79.
- 9 Dekhuijzen PNR, Geijer RMM, Grol MH, Kerstjens HAM, Smeele IJM, Weijermans JW, et al. Richtlijn Diagnostiek en behandeling van COPD: Actualisatie 2010. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2010.
- 10 Steuten LM, Creutzberg EC, Vrijhoef HJ, Wouters EF. COPD as a multicomponent disease: inventory of dyspnoea, underweight, obesity and fat free mass depletion in primary care. *Prim Care Resp J* 2006;15: 84-91.
- 11 Van Althuis TR, Bouma M, Bastiaanssen EHC. Overzicht en definitie van indicatoren voor COPD in de huisartsenzorg: Versie 1.1. Utrecht: NHG, 2009. [http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k\\_implementatie/k\\_automatisering/Indicatoren/downloads-1.htm](http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_implementatie/k_automatisering/Indicatoren/downloads-1.htm).
- 12 HIS-tabel Diagnostische bepalingen versie 15 [internet]. Utrecht: NHG, 2010 [update versie 17, januari 2012]. [http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k\\_implementatie/k\\_automatisering.htm](http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_implementatie/k_automatisering.htm).

Nico van Duijn

## Licht en migraine

Algemene overgevoeligheid voor licht hoor je vaak van mensen met migraine. De hypergevoeligheid voor schel licht tijdens de migraineaanval is een vast kenmerk bij veel migrainemensen, maar niet bij allemaal. Licht als uitlokker voor een migraineaanval kan ook. Het lijkt erop dat bijzondere kleuren, soorten licht en flikkeringen een aanval kunnen uitlokken, maar ik denk dat dit zeldzaam is. Misschien is er nog een vierde relatie tussen licht en migraine. Oorzaak en

gevolg kunnen namelijk ook omgekeerd zijn en dan helpt een gekleurde bril niet.

Het is mogelijk dat in de aanloop naar een migraineaanval de gevoeligheid al is verhoogd voor licht, bepaalde kleuren of voor een knipperfrequentie van bijvoorbeeld 50Hz/s. Dan is het licht dat je beschouwt als de uitlokker van de aanval geen uitlokker, maar een aankondiging. Vermoedelijk geldt zoiets ook voor voedingsmiddelen. Dit zijn de zogenaamde prodromen, een halve dag tot twee dagen voor de aanval. Zo'n prodroom kan zijn dat je trek hebt in

chocolade (of prikkelbaar bent, opruimwoede krijgt of trek krijgt in augurken). Na het eten van de chocolade komt dan de migraineaanval, niet door de chocolade. Misschien werkt dit bij verkeerd en schel licht ook zo. Dit zal allemaal per mens verschillen. Het is uit te proberen. Verzin een experiment met jezelf, stel jezelf herhaaldelijk bloot aan de uitlokker en daarna een lange periode niet. Registreer dit goed. Geheel wetenschappelijk is dit niet. Maar oorzaak en gevolg omdraaien is dat ook niet. Erna is niet vanzelfsprekend erdoor. ■

