



Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hovedpinesygdomme som medfører nedsat funktionsevne



**Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med
hovedpinesygdomme som medfører nedsat funktionsevne**

© Sundhedsstyrelsen, 2019.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-127-7

Sprog: Dansk
Version: 1.0
Versionsdato: 29.08.2019
Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
September, 2019

Indholdsfortegnelse

1. Introduktion	5
1.1. Formål og baggrund	5
1.2. Metode og vidensgrundlag	5
1.3. Anvendte begreber	6
2. Sammenfatning af anbefalinger	8
2.1. Tværsektoriel organisering	8
2.2. Udredning og diagnostik	8
2.3. Faglige indsatser	8
2.4. Henvisning og kommunikation	9
2.5. Opfølgning	9
2.6. Monitorering og kvalitetssikring	10
3. Målgruppe, population og sygdomme	11
3.1. Afgrænsning af målgruppen	11
3.2. Forekomst af hovedpinesymptomer i befolkningen og sygdomsbyrde	11
3.3. Hovedpinesygdomme	14
4. Tværsektoriel organisering	20
4.1. Baggrund	20
4.2. Udfordringer i det tværsektorielle forløb	21
4.3. Mulige initiativer inden for organisering af det tværsektorielle hovedpineforløb	22
4.4. Opgave- og ansvarsfordeling	27
5. Udredning og diagnostik	31
5.1. Baggrund	31
5.2. Udfordringer i forbindelse med rettidig diagnostik	32
5.3. Diagnostisk "værktøjskasse"	32
6. Faglige indsatser	36
6.1. Baggrund	36
6.2. Udfordringer i forbindelse med behandling af hovedpinesygdomme	37
6.3. Organisering af faglige indsatser	38
6.4. Ikke-medicinske indsatser	38
6.5. Medicinsk behandling	43
6.6. Rehabiliterende indsatser	44
6.7. Faglige indsatser for specifikke hovedpinesygdomme	45
7. Henvisning og kommunikation	54
7.1. Henvisning fra almen praksis	54
7.2. Henvisning fra kiropraktor	56

7.3. Kommunikation og planlægning mellem aktører	56
8. Opfølgning	59
8.1. Opfølgning i almen praksis	59
8.2. Opfølgning hos fysioterapeut.....	60
8.3. Opfølgning hos kiropraktor	60
8.4. Opfølgning hos psykolog	60
8.5. Opfølgning hos praktiserende neurolog eller neurologisk afdeling	60
8.6. Opfølgning i kommunen	61
9. Monitorering og kvalitetssikring	62
10. Referencer	64
11. Bilagsfortegnelse	71

1. Introduktion

1.1. Formål og baggrund

Nærværende anbefalinger har til formål at understøtte sammenhængende behandlingsforløb for voksne mennesker med episodisk eller kronisk hovedpine, som oplever betydelende og vedvarende begrænsning af funktionsevnen på grund af hovedpine. Anbefalingerne er således ikke målrettet personer, som har sporadisk eller ukompliceret hovedpine uden vedvarende funktionsevnebegrænsning. Anbefalingerne skal bidrage til udvikling af en faglig og organisatorisk ensartet praksis af høj kvalitet i udredning, diagnostik, behandling, forebyggelse og opfølgning.

Det anbefales, at opgave- og ansvarsfordelingen aftales lokalt i regi af Sundhedskoordinationsudvalget og Praksisplanudvalget i de enkelte regioner, hvor det forventes, at anbefalingerne kan danne grundlag for fremtidige lokale forløbsbeskrivelser og samarbejdsaftaler.

Anbefalingerne henvender sig blandt andet til sundhedsfaglige ledere, planlæggere og sundhedspersonale, der beskæftiger sig med mennesker med hovedpinesygdomme i praksissektoren, på sygehuse samt i kommunerne.

Anbefalingerne er udarbejdet på baggrund af Aftale om finansloven for 2018, hvori der blev afsat midler til oprettelse af et Nationalt Videnscenter for Hovedpine, samt udarbejdelse af faglige anbefalinger i regi af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Nationalt Videnscenter for Hovedpine samt andre relevante parter. Sundhedsstyrelsen er blevet rådgivet af en arbejdsgruppe nedsat til formålet. Arbejdsgruppens kommissorium og medlemmer fremgår af bilag 1 og 2.

1.2. Metode og vidensgrundlag

Anbefalingerne er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen med rådgivning fra en til formålet nedsat arbejdsgruppe med bred faglig repræsentation. Arbejdsgruppens kommissorium og medlemmer af arbejdsgruppen fremgår af bilag 1 og bilag 2.

Som vidensgrundlag er anvendt eksisterende evidensbaserede kliniske retningslinjer og vejledninger, blandt andet Referenceprogram for diagnostik og behandling af hovedpinesygdomme og ansigtssmerter udgivet af Dansk Hovedpine Selskab (DHOS) [1], Europæiske principper for behandling af almindelige hovedpinesygdomme i almen praksis udgivet af Det Europæiske Hovedpine Forbund [2], samt retningslinjer fra National Institute for Health and Care Excellence (NICE) [3]. Endvidere indgår resultaterne fra en litteratur-

søgning foretaget af Sundhedsstyrelsen (se bilag 3). I litteratursøgningen indgår guidelines, metaanalyser og systematiske reviews. Desuden inddrages erfaringsbaseret viden fra patienter og fagpersoner i arbejdsgruppen.

Anbefalingerne skal ses som et supplement til de eksisterende anbefalinger og vejledninger på området, men med et større fokus på den tværsektorielle organisering af behandlingsforløbet. Anbefalingerne bygger videre på viden om eksisterende indsatser, som primært er fremkommet via en præhøring samt tre møder i arbejdsgruppen, som er afholdt af Sundhedsstyrelsen i efteråret 2018 og foråret 2019. Arbejdsgruppen har udpeget mulige indsatsområder, som efterfølgende har været genstand for en litteraturgennemgang. Sundhedsdatastyrelsen har bidraget med opgørelser jf. bilag 4, ligesom der via Danske Regioner er indhentet oplysninger om specialiserede behandlingstilbud på sygehusene inklusive ventetider jf. bilag 5. Udvalgte eksisterende indsatser er beskrevet i markerede bokse for at sætte fokus på mulige indsatsområder. Vidensgrundlaget for de enkelte kapitler fremgår af referencelisten.

Anbefalingerne er derudover udarbejdet på baggrund af andre relaterede initiativer og vejledninger på sundhedsområdet (jf. bilag 6).

1.3. Anvendte begreber

Compliance

Anvendes om en patients efterlevelse af anbefalinger vedrørende medicinindtag eller andre anbefalede tiltag, som et behandlingsforløb indebærer.

Forebyggelse

Anvendes i betydningen forebyggelse med et rehabiliterende sigte, baseret på funktionsevnebegrebet.

Forløbsprogram

Defineres af Sundhedsstyrelsen som *"en standardiseret beskrivelse af den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats, der sikrer videst mulig anvendelse af evidens over for en given kronisk tilstand og indeholder en beskrivelse af opgavefordeling, koordinering og kommunikation mellem involverede parter"*.

Funktionsevne og funktionsevnebegrænsning

Begrebet funktionsevne anvendes i henhold til WHO's Internationale Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand (ICF-klassifikationen).

Komorbiditet

En tilstand hvor en patient har flere samtidige sygdomme.

Kronisk sygdom

Defineres som et rummeligt begreb, hvor de negative følger af sygdommen kan være af fysisk, psykisk og social karakter. Sygdomsvarighed defineres som mindst 3 måneder.

Patienter og borgere

Betegnelsen 'patient' bruges i beskrivelsen af indsatser i praksissektor og på sygehuse, mens betegnelsen 'borger' bruges i beskrivelsen af kommunale indsatser. På populationsniveau anvendes betegnelsen 'mennesker'/'personer'.

Patientuddannelse

Et sundhedspædagogisk tilbud som har til formål at øge patientens viden om sygdommen, samt øge sygdomsmestring og livskvalitet.

Sygdomsmestring

En struktureret, sundhedspædagogisk indsats, som skal støtte patienten i at mestre livet med en kronisk sygdom, herunder forståelsen af den konkrete sygdom, behandlings- og forebyggelsesmuligheder samt sygdommens betydning for samspillet med omgivelserne.

Rehabilitering

Sundhedsstyrelsen anvender WHO's definition af 'rehabilitering': *"Rehabilitering kan defineres som en række indsatser, der støtter det enkelte menneske, som har eller er i risiko for at få nedsat funktionsevne, i at opnå og vedligeholde bedst mulig funktionsevne, herunder at fungere i samspil med det omgivende samfund."*

2. Sammenfatning af anbefalinger

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hovedpinesygdomme er opsummeret nedenfor. Anbefalingerne er uddybet i de efterfølgende kapitler.

2.1. Tværsektoriel organisering

- At der udarbejdes forløbsbeskrivelser for udvalgte grupper af hovedpinepatienter med vedvarende funktionsevnebegrænsning for at sikre tværsektoriel sammenhæng i behandlingsforløbet
- At der i de enkelte regioner udarbejdes fælles visitationsretningslinjer
- At det sundhedsfaglige personale løbende opdateres på viden om hovedpinesygdomme med henblik på at sikre kvaliteten af behandlingen
- At der hos personer med hovedpinesygdomme med vedvarende funktionsevnebegrænsning samarbejdes mellem almen praksis, sygehusene og kommunerne om forebyggende indsatser

2.2. Udredning og diagnostik

- At udredning og diagnostik af de almindeligste hovedpinesygdomme primært foregår i almen praksis
- At der benyttes standardiserede diagnostiske værktøjer såsom hovedpinedagbog og hovedpinekalender
- At alle sundhedsfaglige, som deltager i udredning og diagnostik, anvender validerede diagnostiske kriterier, når der stilles en hovedpinediagnose
- At graden af funktionsevnebegrænsning vurderes i en biopsykosocial kontekst

2.3. Faglige indsatser

- At specifikke faglige indsatser tilrettelægges individuelt ud fra sygehistorien og en samlet biopsykosocial vurdering
- At patientuddannelse tilrettelægges i forhold til hovedpinesygdommens karakter og graden af funktionsevnebegrænsning
- At patienter med vedvarende funktionsevnebegrænsende hovedpine undersøges for medicinoverforbrugshovedpine, og at medicinsanering udføres, inden der påbegyndes anden behandling

- At patienter med klyngehovedpine henvises akut til behandling hos praktiserende speciallæge i neurologi eller neurologisk afdeling
- At patienter med vedvarende funktionsevnebegrænsende hovedpine undersøges for samtidige psykologiske problemstillinger
- At ikke-medicinske indsatser overvejes og tilbydes på baggrund af en samlet individuel vurdering af patientens biopsykosociale helbredstilstand
- At den akutte og forebyggende medicinske behandling for størstedelen af hovedpinesygdomme varetages i almen praksis jf. retningslinjer udgivet af Dansk Hovedpine Selskab

2.4. Henvisning og kommunikation

- At egen læge henviser til udredning og behandling hos praktiserende speciallæge i neurologi eller neurologisk afdeling, hvis:
 - patienten har klyngehovedpine
 - egen læge på trods af diagnostiske værktøjer er i tvivl om diagnosen
 - egen læge har mistanke om alvorlig sekundær hovedpine (akut henvisning til neurologisk afdeling)
 - patienten har utilfredsstillende effekt af forsøg med mindst 2 typer af forebyggende behandling
 - patienten har MOH, som ikke kan behandles i almen praksis
 - patienten har andre sygdomme, som komplicerer behandlingen
- At der henvises til sundhedssamtale i kommunen, når egen læge finder, at patienten ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold kan have gavn af et forebyggelsestilbud
- At der overvejes henvisning til fysioterapeut eller kiropraktor, hvis der vurderes at være muskuloskeletale forhold, der kan have indflydelse på hovedpinesygdommen
- At der overvejes henvisning til privatpraktiserende psykolog med udgangspunkt i tilskudsordningen til psykologbehandling, hvis patienten har samtidig depression eller angst

2.5. Opfølgning

- At opfølgning i almen praksis planlægges ud fra en individuel klinisk vurdering, samt at hovedpinedagbog eller hovedpinekalender benyttes i forbindelse med opstart af behandling for at monitorere behandlingseffekten og medicinforbruget

- At opfølgning i almen praksis planlægges ved opstart af medicinsk behandling, eller hvis den medicinske behandling ændres væsentligt
- At der planlægges tæt og længerevarende opfølgning, hvis patienten behandles for MOH, aktiv klyngehovedpine, har svær funktionsevnebegrænsning, er sygemeldt eller har truet arbejdsmarkedstilknytning
- At patienten, i forbindelse med et forløb på neurologisk afdeling, tildeles en patientansvarlig læge, hvis der er tale om et længerevarende eller kompliceret behandlingsforløb

2.6. Monitorering og kvalitetssikring

- At monitorerings- og kvalitetssikringsarbejdet styrkes på hovedpineområdet med det formål at opnå øget viden om hvilke indsatser, der virker over for hvilke typer af hovedpine, og for derigennem at opnå et samlet kvalitetsløft i behandlingen
- At den tværsektorielle kvalitet i behandling af hovedpinesygdomme løftes f.eks. via nationale kliniske retningslinjer, regionale kliniske kvalitetsdatabaser, program for kvalitetsudvikling i almen praksis samt yderligere effektevaluering af kurser i sygdomsmestring og andre kommunale tilbud

3. Målgruppe, population og sygdomme

3.1. Afgrænsning af målgruppen

Anbefalingerne omhandler voksne personer (18+) med episodisk eller kronisk hovedpine (mindst 3 måneders varighed), som oplever vedvarende begrænsning af funktionsevnen på grund af hovedpinesygdommen¹. Anbefalingerne er specifikt målrettet følgende grupper af borgere/patienter:

- Personer diagnosticeret med de primære hovedpinesygdomme: Migræne, spændingshovedpine og klyngehovedpine.
- Personer diagnosticeret med de sekundære hovedpinesygdomme: Medicinoverforbrugshovedpine (MOH) og posttraumatisk hovedpine (PTH).

Disse hovedpinesygdomme er udvalgt, enten fordi de er hyppige i befolkningen eller erfaringsmæssigt kan give anledning til vedvarende funktionsevnebegrænsning og komplicerede behandlingsforløb. Visse hovedpinesygdomme, som f.eks. trigeminusneuralgi, er udeladt af anbefalingerne, fordi sygdommene behandles på højt specialiseret niveau, hvor der allerede foreligger behandlingsretningslinjer, og hvor patienterne i mindre grad har tværsektorielle forløb.

Anbefalingerne omfatter ikke akut opstået hovedpine eller hovedpine, som ikke medfører vedvarende funktionsevnebegrænsning.

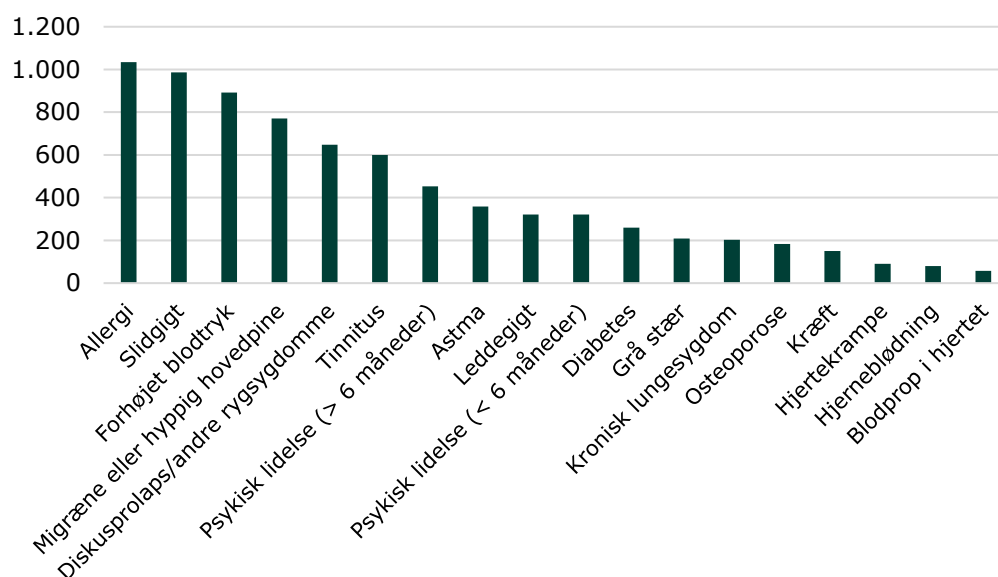
3.2. Forekomst af hovedpinesymptomer i befolkningen og sygdomsbyrde

I den nationale sundhedsprofil for 2017, som er en landsdækkende tværsnitsundersøgelse af voksne danskernes helbred, rapporterede cirka 16 % af deltagerne, at de på undersøgelsestidspunktet havde migræne eller hyppig hovedpine [4]. Forekomsten var højest blandt kvinder og særligt blandt kvinder i aldersgruppen 35-44 år. Deltagerne blev også spurgt til sværhedsgraden af hovedpine inden for de seneste 14 dage (meget, lidt,

¹ Begrænsning af funktionsevnen defineres som en påvirkning af patientens samlede helbredstilstand vurderet ved hjælp af WHO's Internationale klassifikationssystem for funktionsevnebegrænsning (International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)). Modellen inkluderer kroppens funktioner, aktivitet, deltagelse og omgivelsesfaktorer. Se desuden kapitel 5.3.3. Anbefalingerne er målrettet patienter, som har vedvarende funktionsevnebegrænsning på grund af en hovedpinesygdom, og hvor funktionsevnen er begrænset på flere områder jf. WHO's ICF-model.

eller slet ikke generet af hovedpine). Her svarede 7,5 % af deltagerne, at de i de seneste 14 dage havde været meget generet af hovedpine, heraf cirka dobbelt så mange kvinder som mænd.

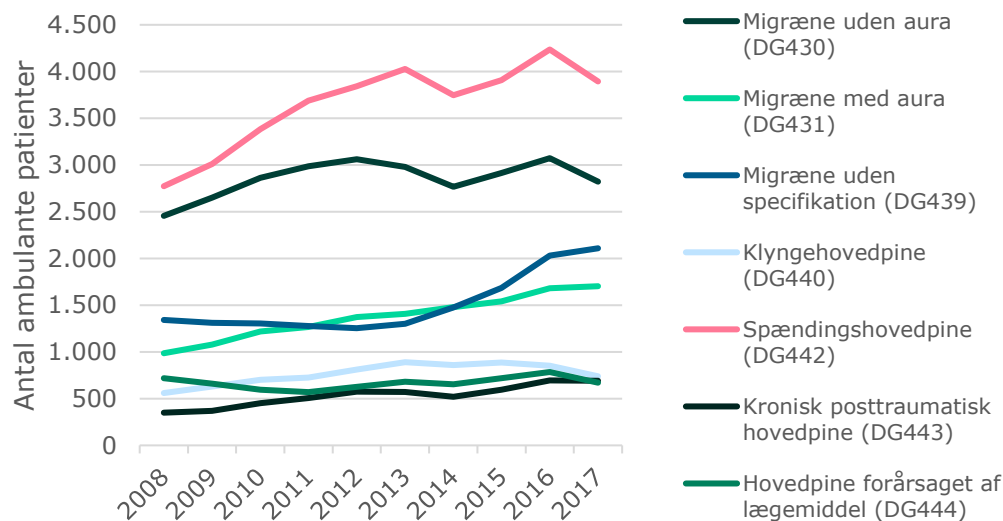
I undersøgelsen spurgte man også deltagerne om forekomst af 18 forskellige specifikke sygdomme og helbredsproblemer, hvoraf migræne eller hyppig hovedpine blev angivet som den fjerde hyppigste lidelse hos både mænd og kvinder (Figur 1). Forekomsten af migræne eller hyppig hovedpine i forhold til uddannelse og erhvervsmæssig stilling blev også undersøgt, og man fandt, at forekomsten var højere blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse og førtidspensionister, arbejdsløse, eller andre uden for arbejdsmarkedet.



Figur 1: Estimeret forekomst af specifikke sygdomme og helbredsproblemer i befolkningen i 2017. Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil for 2017. Aflæst på www.danskernessundhed.dk d. 28.01.2019.

Ifølge Sundhedsprofilen repræsenterer migræne eller hyppig hovedpine derfor en stor selvrapporteret sygdomsbyrde i befolkningen, særligt blandt yngre voksne personer. I et samfundsøkonomisk perspektiv har hovedpinesygdomme konsekvenser på grund af udgifter til sygefravær og behandling, og derudover er der konsekvenser for den sygdomsramte i form af eventuel tabt arbejdsfortjeneste og nedsat livskvalitet.

De fleste personer med hovedpinesygdomme behandles i almen praksis, og der findes derfor ikke præcise opgørelser over antallet af personer i Danmark, som har en specifik hovedpinesygdom. På landsplan behandles flere patienter med hovedpinesygdomme i dag på sygehusenes neurologiske ambulatorier end for 10 år siden (bilag 4). Antallet af ambulantly behandlede patienter i Danmark i perioden 2008-2017 fordelt på specifikke hovedpinesygdomme kan ses af Figur 2.

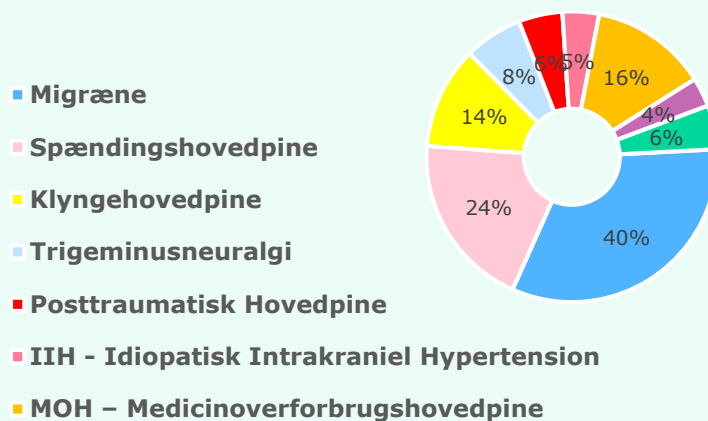


Figur 2: Antal ambulante patienter med specifikke hovedpinediagnoser per år i perioden 2008-2017. Aktiviteten er afgrænset til patienter med et ambulant sygehusbesøg på et offentligt sygehus i opgørelsesåret. Kilde: Landspatientregisteret pr. 10.11.2018

Af bilag 5 ses blandt andet ventetider til de regionale neurologiske ambulatorier, som patienter med hovedpinesygdomme kan henvises til, og et eksempel på patientfordelingen i et højt specialiseret behandlingstilbud er vist nedenfor (boks 1).

Boks 1: Dansk Hovedpinecenter - Rigshospitalet

Dansk Hovedpinecenter varetager hoved- og regionsfunktion samt højt specialiseret funktion i behandlingen af hovedpinesygdomme og ansigtssmerter. De modtager cirka 2200 henvisninger om året, og der er kapacitet til at behandle 1325 nye patienter om året. Ventetiden på en forundersøgelse er aktuelt på 8-9 måneder, men patienterne visiteres individuelt i forhold til diagnose og kompleksitet.



(Kilde: Dansk Hovedpine Center og Region Hovedstaden)

3.3. Hovedpinesygdomme

Hovedpinesygdomme inddeles i primære og sekundære hovedpinesygdomme, hvor primære hovedpinesygdomme opstår uden anden påviselig sygdom, mens sekundære hovedpinesygdomme opstår sekundært til andre tilstande f.eks. feber, hovedskader, blødning i hjernen eller overforbrug af alkohol eller medicin. Hovedpinesygdomme diagnosticeres internationalt ved hjælp af kriterier opstillet af International Headache Society (IHS). De internationale kriterier for hovedpinesygdomme (ICHD-3) er kompatible med de nye diagnosekriterier fra WHO (ICD-11). Alment praktiserende læger, fysioterapeuter og kiropraktorer benytter ICPC-2-DK klassifikationen, som er et klassifikationssystem udviklet af WONCA² og tilpasset danske forhold samt Sundhedsstyrelsens ICD-10 udgave. Det er derfor muligt at anvende de samme diagnostiske kriterier på tværs af forskellige klassifikationssystemer.

De hyppigste primære hovedpinesygdomme er migræne og spændingshovedpine, mens medicinoverforbrugshovedpine er den hyppigste sekundære hovedpineform. Mange mennesker med hovedpinesygdomme har flere forskellige slags hovedpine – især er der mange patienter med migræne som også har spændingshovedpine og nakkesmerter [5].

3.3.1. Spændingshovedpine

Spændingshovedpine er den hyppigste hovedpinesygdom i Danmark, og det skønnes, at cirka 30 % af befolkningen har spændingshovedpine flere gange per måned, mens 10 % har anfald ugentligt, og 3 % har kronisk spændingshovedpine (≥ 15 gange/måned) [6].

Spændingshovedpine inddeles i en episodisk- og en kronisk form (Tabel 1). Hovedpinen er karakteristisk af pressende eller trykkende karakter uden ledsagende symptomer. Der kan dog ofte være samtidig ømhed af tyggemuskler og nakkemuskler.

Årsagerne til spændingshovedpine er uafklarede. Muskelspændinger i nakke-regionen og på ydersiden af hovedet, biomekaniske funktionsforstyrrelser fra rygsøjlen, stress, forkerte arbejdsstillinger samt uregelmæssig søvn og ændrede kost- og motionsvaner kan muligvis være medvirkende faktorer. Desuden menes en centralt ændret smerteopfattelse også at være involveret.

Spændingshovedpine behandles oftest med ikke-medicinske tiltag, men den enkelte episode kan behandles med svage smertestillende lægemidler. Ved hyppige episoder skal man være tilbageholdende med anfaldsbehandling på grund af risiko for MOH. Patienter med kronisk spændingshovedpine kan i nogle tilfælde have effekt af forebyggende behandling med visse typer antidepressiv medicin [1].

² ICPC-2-DK er den danske udgave af seneste ICPC version. ICPC-2 er udviklet i regi af WONCA (World Organization of Family Doctors) og WICC (WONCA's International Classification Committee) og accepteret af WHO som en del af *WHO Family of International Classifications*. I ICPC-2-DK er alle danske ICD-10-diagnoser mappet til ICPC-2 diagnoser.

Tabel 1. Diagnostiske kriterier for spændingshovedpine (ICHD-3: 2.0; ICPC-2: N95; ICD-10: G44.2)
Hyppig episodisk hovedpine af spændingstype
Mindst 10 episoder der forekommer i gennemsnitligt 1-14 dage/måned i mere end 3 måneder og opfylder nedenstående kriterier: 1. Hovedpine varende fra 30 minutter til 7 dage 2. Hovedpinen har mindst 2 af følgende karakteristika: Hovedpine svarende til begge sider af hovedet/ansigtet, pressende/strammende (ikke pulserende) karakter, mild eller moderat intensitet, ingen forværring ved rutinemæssig fysisk aktivitet som f.eks. at gå op af trapper 3. Hverken kvalme eller opkastninger (madlede kan forekomme) 4. Højst ét af følgende: Lysfølsomhed eller lydfølsomhed 5. Hovedpinen skyldes ikke anden sygdom
Kronisk hovedpine af spændingstype
Som ovenstående bortset fra 1. Hovedpinen forekommer mindst 15 dage per måned i mere end 3 måneder 2. Hovedpinen varer timer eller er konstant til stede 3. Højst ét af følgende: Lysfølsomhed eller lydfølsomhed eller mild kvalme 4. Hverken moderat eller svær kvalme eller opkastning
Kilde: The International Classification of Headache Disorders 3 rd edition, Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) [7].

3.3.2. Migræne

Migræne er hyppigst i aldersgruppen 35-54 år, og det skønnes, at 16-25 % af den voksne befolkning har haft migræne, heraf 10 % inden for det sidste år [6].

Ved migræne er et anfald oftest ensidigt og af pulserende karakter, og det kan vare fra få timer og op til tre døgn. Der er ofte samtidig kvalme og opkastning, lys- og lydfølsomhed, og forværring ved fysisk aktivitet. Der kan også være forvarslings symptomer før anfaldet starter, f.eks. i form af humørændringer, ændringer i appetit og søvnforstyrrelser.

Migræne inddeles i migræne uden aura og migræne med aura (Tabel 2). Ved migræne med aura er der aurasymptomer inden anfaldet starter, f.eks. i form af forbigående synsforstyrrelser, føleforstyrrelser eller talebesvær.

Årsagerne til migræne er ikke afklaret med sikkerhed. Nogle anfald synes at kunne fremprovokeres af faktorer såsom alkohol, indtag af specifikke fødeemner, stress, hormonelle svingninger, fysisk aktivitet og søvnmangel.

Akutte anfald behandles med svage smertestillende lægemidler eventuelt i kombination med kvalmestillende medicin eller specifikke migrænemidler. Ved hyppige anfald kan der være behov for forebyggende medicin. Ikke-medicinsk behandling kan have effekt i nogle tilfælde – særligt hvis der er samtidig spændingshovedpine eller nakkesmerter.

Tabel 2. Diagnostiske kriterier for migræne
Migræne uden aura (ICHD-3: 1.1; ICD10: G43.0; ICPC-2: N89)
Mindst 5 anfald som opfylder nedenstående kriterier: 1. Hovedpineanfald varende fra 4-72 timer 2. Hovedpinen har mindst 2 af følgende karakteristika: Hovedpine svarende til den ene side af hovedet, hovedpinen er pulserende, moderat til stærk intensitet, forværring ved rutinemæssig fysisk aktivitet som f.eks. at gå op af trapper 3. Mindst ét af følgende: Lysfølsomhed, lydfølsomhed, kvalme og/eller opkastning 4. Hovedpinen skyldes ikke anden sygdom
Migræne med aura (ICHD-3: 1.2; ICD10: G43.1; ICPC-2: N89)
Mindst 2 anfald som opfylder nedenstående kriterier: Aura bestående af mindst ét af følgende: 1. Forbigående synsforstyrrelser (f.eks. flimmer, pletter eller linjer og/eller synstab) 2. Forbigående føleforstyrrelser (f.eks. prikken og stikken og/eller følelsesløshed) 3. Forbigående tale- eller sprog-forstyrrelser 4. Svimmelhed, dobbeltsyn, bevidsthedssvækkelse Mindst 2 af følgende: 1. Mindst et aurasymptom udvikles gradvist over mindst 5 minutter, og/eller forskellige aurasymptomer opstår i forlængelse af hinanden 2. Hvert symptom varer mindst 5 minutter og under 60 minutter 3. Mindst et symptom er ensidigt 4. Hovedpine begynder under eller efter aura inden for 60 minutter 5. Hovedpinen skyldes ikke anden sygdom
Kilde: The International Classification of Headache Disorders 3 rd edition, Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) [7].

3.3.3. Klyngehovedpine

Klyngehovedpine er en relativt sjælden hovedpinesygdom, som rammer 3-4 gange så mange mænd som kvinder og ofte starter i 20-40-års-alderen. Det skønnes, at cirka 1 per 1000 personer i befolkningen har klyngehovedpine [8]. Personer med klyngehovedpine

oplever ofte at leve med symptomerne i flere år, før diagnosen stilles, ligesom sygdommen menes at være underdiagnosticeret blandt kvinder og ofte fejldiagnosticeres som migræne eller spændingshovedpine [9].

Klyngehovedpine karakteriseres ved anfald af intense skærende eller brændende smerter lokaliseret bag eller omkring det ene øje. Varigheden af hvert anfald er mellem 15 minutter til 3 timer. Sygdommen findes i en kronisk form hos 10 % af patienterne. Med smerterne følger ofte rødt øje, tåreflåd, tæthed i næsen, løbende næse, sved i panden og ansigtet, lille pupil og hængende øjenlåg på samme side (Tabel 3).

Årsagen til sygdommen kendes ikke, men arvelighed spiller en rolle i nogle tilfælde. Klyngehovedpine behandles dels med anfaldsbehandling og dels ved at forebygge nye anfald. Itinhalation er ofte en effektiv anfaldsbehandling, og i nogle tilfælde kan migræne-medicin have en effekt [1]. Behandlingen er en specialstopgave, og patienterne skal henvises til akut vurdering hos praktiserende neurolog eller neurologisk afdeling.

Tabel 3. Diagnostiske kriterier for klyngehovedpine (ICHD-3: 3.1; ICD10: G44.0; ICPC-2: N90).
Episodisk klyngehovedpine
Mindst 2 perioder af hovedpine (klyngeperioder) varende (ubehandlet) 7-365 dage og adskilt af anfaldsfri perioder på ≥ 1 måned: 1. Mindst 5 anfald som opfylder kriterierne 2-4 nedenfor 2. Stærk ensidig smerte som er lokaliseret til øjet, over øjet eller i tindingen og varer 15 minutter til 3 timer uden behandling 3. Enten ét eller begge af følgende: • Hovedpinen ledsages af mindst et af følgende symptomer på samme side som hovedpinen: Rødt øje og/eller tåreflåd, tæthed i næsen og/eller løbende næse, hævet øjenlåg, pande- og ansigtssved, formindsket pupil eller hængende øjenlåg på samme side • Følelse af rastløshed eller ophidselse 4. Anfaldshyppighed fra dagligt eller hver anden dag til 8 om dagen 5. Hovedpinen skyldes ikke anden sygdom
Kronisk klyngehovedpine
Opfylder kriterierne 1-5 ovenfor, og ingen anfaldsfri perioder igennem mindst et år, eller anfaldsfri perioder <3 måneder
Kilde: The International Classification of Headache Disorders 3 rd edition, Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) [7].

3.3.4. Medicinoverforbrugshovedpine (MOH)

MOH opstår ofte sekundært til andre hovedpineformer og skyldes et overforbrug af smertestillende medicin eller migrænemedicin igennem en periode på mindst 3 måneder. Det skønnes, at 2 % af den danske befolkning har MOH, hvor kvinder rammes 3 gange hyppigere end mænd [10]. Alle typer smertestillende medicin kan fremkalde MOH, også selvom det tages for anden type smerte end hovedpine.

MOH er defineret ved hovedpine i mindst 15 dage per måned og samtidig indtagelse af smertestillende medicin i mindst 15 dage per måned eller af migrænemedicin i mindst 10 dage per måned (Tabel 4).

Årsagen kendes ikke i detaljer, men formentlig er en ændret regulering af nervesystemets smertereceptorer involveret.

MOH behandles ved ophør med al smertestillende medicin i to måneder, samtidig med at patienten informeres og undervises om forløbet, og støttes gennem medicinsanering. I nogle tilfælde kan tværfaglig specialiseret behandling være nødvendig.

Tabel 4. Diagnostiske kriterier for medicinoverforbrugshovedpine (ICHD-3: 8.2; ICD10: G44.41; ICPC-2: A85)

- 1) Hovedpine i mindst 15 dage/måned
- 2) Regelmæssig overforbrug i mere end 3 måneder af et eller flere af følgende medikamina
 - a) Ergotaminer, triptaner, opioider eller en kombination heraf i mere end 10 dage/måned
 - b) Simple smertestillende midler fx paracetamol/Acetylsalicylsyre/NSAID i mindst 15 dage/måned

Kilde: The International Classification of Headache Disorders 3rd edition, Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) [7].

3.3.5. Posttraumatisk hovedpine (PTH)

Der findes ikke nyere opgørelser over forekomsten af PTH, men seneste opgørelse fra 1992 viste, at livstidsforekomst af PTH i Danmark var 4,7 % hos mænd og 2,4 % hos kvinder [11]. Et nyere norsk studie fandt, at 1-års forekomsten af kronisk PTH var 0,21 % i befolkningen [12].

PTH opstår inden for en uge efter et nakke- eller hovedtraume. Hvis hovedpinen ikke forsvinder inden for de første 3 måneder, er der tale om kronisk PTH (Tabel 5). I forbindelse med en hjernerystelse kan også opstå postcommotiosyndrom, hvor der udover vedvarende hovedpine også vil være andre symptomer til stede såsom svimmelhed, udtrætning, irritabilitet, søvnforstyrrelser, koncentrationsproblemer, øget glemsomhed eller lydfølsomhed. Der kan således ofte være et overlap mellem postcommotiosyndrom og PTH.

PTH kan både minde om spændingshovedpine og om migræne. Det er karakteristisk, at hovedpinen oftest forværres af fysisk og psykisk anstrengelse, og særligt forværres af aktiviteter som læsning og skærmarbejde.

PTH kan medføre langvarig sygemelding og langvarig funktionsevnebegrænsning, og kompliceres ofte af andre symptomer [13]. Årsagerne til PTH er uafklarede. Risikofaktorer for udvikling af PTH kan være tidligere hovedpinesygdom [14].

Behandlingen består oftest af ikke-medicinske tiltag, men der mangles viden om, hvordan vedvarende PTH bør behandles. Lettere tilfælde kan behandles med svage smertestillende lægemidler i kortere perioder med fokus på undgåelse af sekundær MOH.

Tabel 5. Diagnostiske kriterier for kronisk posttraumatisk hovedpine (ICHD-3: 5.2.2; ICD-10: G44.31)

- 1) Hovedpinen er opstået efter et hovedtraume
- 2) Hovedpinen har udviklet sig inden for 7 dage efter en af følgende: Hovedtraume, genvinding af bevidsthed efter hovedtraume, seponering af medicin som mindsker muligheden for at mærke eller rapportere hovedpinen efter et hovedtraume
- 3) Hovedpinen har varet i mere end 3 måneder
- 4) Hovedpinen skyldes ikke anden sygdom

Kilde: The International Classification of Headache Disorders 3rd edition, Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) [7].

4. Tværsektoriel organisering

Sundhedsstyrelsen anbefaler:

- At der udarbejdes forløbsbeskrivelser for udvalgte grupper af hovedpinepatienter med vedvarende funktionsevnebegrænsning for at sikre tværsektoriel sammenhæng i behandlingsforløbet
- At der i de enkelte regioner udarbejdes fælles visitationsretningslinjer
- At det sundhedsfaglige personale løbende opdateres på viden om hovedpinesygdomme med henblik på at sikre kvaliteten af behandlingen
- At der hos personer med hovedpinesygdomme med vedvarende funktionsevnebegrænsning samarbejdes mellem almen praksis, sygehusene og kommunerne om forebyggende indsatser

4.1. Baggrund

Der har gennem de senere år været et stigende fokus i sundhedsvæsenet på at skabe mere sammenhængende patientforløb og optimere den tværsektorielle organisering, særligt når det gælder patienter med kronisk sygdom. Formålet er at sikre en ensartet behandling og en klar opgavedeling i alle dele af patientforløbet. Patienter med hovedpinesygdomme med vedvarende funktionsevnebegrænsning kan have behov for at modtage indsatser på tværs af flere sektorer, og forskellige aktører kan være involveret i henholdsvis udredning, behandling og rehabiliterende indsatser (Figur 3).

I Danmark foregår udredning og behandling af hovedpinesygdomme generelt på tre niveauer (Tabel 6). På alle tre niveauer kan der være behov for ikke-medicinske indsatser, som f.eks. kan varetages af fysioterapeuter, kiropraktorer eller psykologer. Rehabiliterende indsatser kan f.eks. varetages af kommunerne, mens der hos patientforeninger ofte kan være supplerende tilbud om patientuddannelse og rådgivning. De aktuelle anbefalinger omhandler patienter, som har hovedpinesygdomme med vedvarende funktionsevnebegrænsning, og dermed ofte forløb som går på tværs af alle 3 niveauer.

Tabel 6: Behandling af patienter med hovedpinesygdomme – 3 niveauer	
Egen læge (eventuelt i samarbejde med andre aktører i primærsektoren)	Ukomplerede hovedpinesygdomme (migræne, spændingshovedpine, MOH, PTH)
Praktiserende speciallæge i neurologi eller lokal neurologisk afdeling	Komplicerede hovedpinesygdomme, diagnostisk uafklarede patienter, eller patienter med klyngehovedpine
De tværfaglige hovedpinecentre	Sjældne primære eller sekundære hovedpinetyper. Hovedpinepatienter hvor behandling i primær- eller sekundærsektor ikke har været mulig

4.2. Udfordringer i det tværsektorielle forløb

Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe har peget på en række udfordringer i det tværsektorielle behandlingsforløb af patienter med hovedpinesygdomme, som har vedvarende funktionsevnebegrænsning. Det er vigtigt, at forløbet er sammenhængende, og at de sundhedsfaglige aktører har den rette viden om hovedpinesygdomme. Der er desuden behov for, at der fokuseres på at undgå forværring af funktionsevnen via fokus på psykosociale faktorer og forebyggende indsatser, samt at der ikke er længerevarende ventetid på specialiserede behandlingstilbud til patienter med vedvarende svær funktionsevnebegrænsning. Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe peger ligeledes på, at det er vigtigt med klar koordinering og ansvarsfordeling mellem de sundhedsfaglige aktører i et behandlingsforløb.

Opgavefordelingen og kommunikationen mellem sundhedsvæsenets aktører kan defineres i tværsektorielle patientforløbsbeskrivelser eller samarbejdsaftaler, og visitationsretningslinjer kan benyttes til at beskrive, hvornår patienterne skal viderehenvises. Der efterspørges desuden mere viden om evidensbaseret behandling og mulighed for at den praktiserende læge nemmere kan tilgå rådgivning fra specialister.

Hos personer med hovedpinesygdomme med vedvarende funktionsevnebegrænsning foretages en løbende registrering af symptomer og medicinindtag. Dette er afgørende for korrekt diagnostik, vurdering af behandlingseffekt, og observation af om patienten er i risiko for at udvikle medicinoverforbrugshovedpine. Digitale løsninger er ønskede i forhold til at håndtere disse registreringer og sørge for, at patienten elektronisk kan dele data med relevante behandlere.

Personer med hovedpinesygdomme benytter erfaringsmæssigt sjældent kommunernes forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, hvilket antages at være på grund af manglende viden om, at kommunerne har tilgængelige og relevante tilbud.

Desuden peger Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe på, at det er vigtigt, at der for patienter med hovedpinesygdomme med vedvarende funktionsevnebegrænsning, sikres en

lige adgang til specialiserede behandlingstilbud og forebyggende indsatser, uafhængigt af hvor i landet man bor. Dette kan f.eks. være en udfordring, når det gælder ventetid på den højt specialiserede behandling (Bilag 5).



Figur 3: Oversigt over mulige aktører og indsatser i et behandlingsforløb for personer med hovedpinesygdomme

4.3. Mulige initiativer inden for organisering af det tværsektorielle hovedpineforløb

4.3.1. Regionale forløbsbeskrivelser for hovedpinepatienter med vedvarende funktionsevnebegrænsning

En systematisk beskrivelse af det tværsektorielle forløb, hvor den samlede faglige, tværsektorielle og koordinerede indsats beskrives, kan medvirke til en klar opgavefordeling mellem de sundhedsfaglige aktører og et mere sammenhængende patientforløb.

Der er endnu ikke udarbejdet egentlige regionale forløbsprogrammer for patienter med kroniske hovedpinesygdomme, men flere regioner har valgt at udarbejde mere kortfattede forløbsbeskrivelser til hovedpinepatienter. Dette gælder eksempelvis i Region

Midtjylland, hvor forløbsbeskrivelsen primært omfatter forløbet i almen praksis samt kriterier for henvisning til specialiseret behandling³.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at der er behov for at beskrive forløbet for hovedpinepatienter med vedvarende funktionsevnebegrænsning for at sikre et sammenhængende hovedpineforløb på tværs af sektorer. Da der kan være betydelige regionale forskelle i patientgruppen, og i hvordan det tværsektorielle forløb kan tilrettelægges, anbefales det, at man i de enkelte regioner vurderer, hvilke specifikke grupper af hovedpinepatienter man vil inkludere i patientforløbsbeskrivelser, og hvor der er størst behov for en beskrivelse af det tværsektorielle samarbejde.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der fokuseres på grupper af hovedpinepatienter, hvor forløbet går på tværs af sektorer, og hvor hovedpinesygdommen medfører vedvarende funktionsbegrænsning. Et eksempel kunne være patienter med kronisk PTH, som ofte er i kontakt med flere sektorer, og hvor der kan være behov for en højere grad af koordinering og opgavefordeling mellem sektorerne. Erfaringer fra andre forløbsbeskrivelser kan benyttes, og det anbefales, at anvendelse og implementering sikres på alle niveauer i sundhedsvæsenet for at opnå den ønskede effekt.

4.3.2. Visitationsretningslinjer

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der udarbejdes regionale visitationsretningslinjer med henblik på at sikre, at hovedpinepatienter tilbydes det rette behandlingsniveau, og at de specialiserede kompetencer anvendes til de mest komplicerede patienter. Kendskab til retningslinjerne blandt alment praktiserende læger, blandt neurologer i praksis eller på sygehuse, eller blandt andre sundhedsprofessionelle med kontakt til personer med funktionsevnebegrænsende hovedpinesygdomme, bør samtidig sikres for at opnå den ønskede effekt. Visitationsretningslinjerne kan eksempelvis indarbejdes i regionale forløbsbeskrivelser og skal være i overensstemmelse med den gældende specialeplan for neurologi. Retningslinjerne bør være tilgængelige på sundhed.dk og andre fælles informationsplatforme.

I flere regioner har man allerede udarbejdet fælles retningslinjer for, hvordan og hvornår patienter med hovedpinesygdomme skal visiteres til de specialiserede hovedpineambulatorier eller tværfaglige hovedpinecentre. Et eksempel på fælles regionale visitationsretningslinjer er beskrevet i Boks 2.

³ Forløbsbeskrivelsen fra Region Midtjylland er tilgængelig på Sundhed.dk (<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/midtjylland/almen-praksis/patientforloeb/forloebbeskrivelser/n-nervesystem/hovedpine/>)

Boks 2. Fælles visitationsretningslinjer, Region Syddanmark 2018

I Region Syddanmark har man for at imødekomme lange ventetider til hovedpineudredning og –behandling iværksat forskellige initiativer; herunder skærpelse af visitationsretningslinjer, information om hovedpinebehandling på flere behandlingsniveauer, opgaveglidning til sygeplejersker, fokuserede behandlingsforløb og oprettelse af hovedpineskoler.

I visitationsretningslinjerne fra Region Syddanmark har hovedpinespecialister på sygehusene samarbejdet om at udarbejde fælles visitationsretningslinjer for at sikre optimal arbejdsdeling mellem almen praksis, privatpraktiserende neurologer og neurologiske afdelinger med hhv. hovedfunktion og regionsfunktion. For at sikre at visitationsretningslinjerne bruges, er der planlagt løbende undervisning af praktiserende læger og læger på sygehuse med hovedfunktion i neurologi.

Retningslinjerne omfatter: Beskrivelse af diagnostiske værktøjer, beskrivelse af hvilke hovedpinepatienter de forskellige funktionsniveauer skal kunne varetage, beskrivelse af risikoindikatorer for kritiske tilstande og forslag til undervisningstilbud.

Kilde: Region Syddanmark. Den fulde version kan findes på: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/syddanmark/almen-praksis/patientforloeb/visitation/visitationskriterier-henvisning-af-hovedpinepatienter/>

4.3.3. Rådgivning og undervisning

Det anbefales, at det sundhedsfaglige personales viden om hovedpinesygdomme løbende opdateres – dels for at forbedre kvaliteten af de tværsektorielle patientforløb og dels for at øge kendskabet til evidensbaseret behandling af hovedpinesygdomme. Anbefalingen gælder særligt for praktiserende læger, neurologer, sygeplejersker, fysioterapeuter og kiropraktorer, men andre faggrupper kan også have behov for rådgivning – f.eks. sundhedsfagligt personale, som arbejder med de forebyggende tilbud i kommunerne.

Eksempelvis planlægger Region Syd et undervisningstilbud til praktiserende læger med henblik på at øge kendskabet til visitationsretningslinjer og gældende retningslinjer for behandling af hovedpinesygdomme. Det overordnede formål er at mindske problemer med lange ventetider til udredning og behandling på sygehusene.

Flere tværfaglige hovedpinecentre varetager en rådgivningsfunktion, hvor der ydes rådgivning om behandling af hovedpinesygdomme f.eks. til de praktiserende læger. Rådgivningen betyder, at der skal sættes ressourcer af til funktionen, men også at flere patienter kan behandles i almen praksis i længere tid. Rådgivningsfunktionen kan løses på forskellige måder og tilrettelægges på baggrund af de lokale forhold.

Andre initiativer vedrørende undervisning og rådgivning om hovedpinesygdomme kan udvikles i samarbejde med Nationalt Videnscenter for Hovedpine (Boks 3). Videnscentret

har blandt andet til formål at udbrede viden om hovedpinesygdomme til sundhedsfagligt personale på nationalt niveau. Eksempelvis tilbydes årligt, i samarbejde med Dansk Hovedpinecenter, et klinisk kursus rettet mod læger og andre behandlere med interesse for hovedpine.

Boks 3: Nationalt Videnscenter for Hovedpine

Videnscentret er etableret i tilknytning til Dansk Hovedpinecenter på Rigshospitalet, Glostrup. Formålet at samle og formidle viden om hovedpine til sundhedsfagligt personale, mennesker med hovedpine, pårørende samt den almene befolkning.

Konkrete fokusområder inkluderer:

- At understøtte Danmarks førerposition inden for forskning i hovedpine
- At arbejde for vidensdeling og -formidling til sundhedsfagligt personale med udgangspunkt i evidensbaseret viden
- At samarbejde med de danske patientforeninger med henblik på oplysning og vidensdeling til mennesker med hovedpine og pårørende
- At undersøge den almene befolknings vidensniveau omkring hovedpine med henblik på oplysning og vidensdeling og nedbringe stigma

Aktuelle og planlagte projekter:

- Implementering af Brief Intervention, en ikke-medicinsk behandling af mennesker med MOH til brug hos praktiserende læger og neurologer
- Spørgeskemaundersøgelse omkring vidensbehov og udfordringer hos praktiserende læger og neurologer med henblik på planlægning af undervisning og kurser
- Samfunds- og sundhedsøkonomisk analyse med fokus på de personlige samt sundheds- og samfundsmæssige omkostninger forbundet med hovedpine
- Arbejdsmiljø og hovedpine som tema med fokus på at forbedre arbejdsvilkårene for mennesker med hovedpine

Kilde: Nationalt Videnscenter for Hovedpine

I Danmark er der desuden oprettet en Masteruddannelse i hovedpinesygdomme på Københavns Universitet, som er målrettet til at kvalificere sundhedsfagligt personale til at behandle hovedpinepatienter⁴. Master i hovedpinesygdomme er etableret i samarbejde med Dansk Hovedpinecenter. Uddannelsen kan være med til at imødekomme nogle af de kapacitetsproblemer, der har været i forhold til behandling af hovedpinesygdomme. Masteruddannelsen kan f.eks. benyttes af sygeplejersker i regioner, kommuner og almen

⁴ Uddybende information om Master i Hovedpinesygdomme på Københavns Universitet kan findes på <https://mhd.ku.dk/>.

praksis, som herved kan opnå faglige kompetencer til at varetage patientuddannelse, opfølgende samtaler, tværsektorielt samarbejde og andre dele af den ikke-medicinske behandling af hovedpinepatienter.

4.3.4. Kommunale forebyggelses- og sundhedstilbud

Kommunerne yder ikke behandling, men tilbyder forebyggende, rehabiliterende og sundhedsfremmende indsatser primært til borgere med kroniske sygdomme. Formålet er blandt andet at øge borgerens mestringsevne i forhold til den kroniske sygdom samt fastholde funktionsevne og eventuel kontakt med arbejdsmarkedet.

Sundhedsstyrelsen udgav i 2016 anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom [15]. Anbefalingerne indebærer, at patienter med kronisk sygdom, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold kan have gavn af et forebyggelsestilbud, kan blive henvist til en afklarende samtale i kommunen, hvor kommune og borger sammen vurderer, hvilke forebyggelsestilbud borgeren har behov for. Det anbefales, at hovedpinepatienter med vedvarende funktionsevnebegrænsning efter eget ønske kan henvises til en sundhedssamtale i kommunen med henblik på afdækning af behov.

Eksempler på eksisterende kommunale forebyggelsestilbud er beskrevet i kapitel 6.4, ligesom man til enhver tid kan finde en oversigt over de kommunale sundhedstilbud på sundhed.dk på SOFT-portalen.

Kommunernes Landsforening (KL) udgav i august 2018 et analysenotat, som belyser omfanget af elektroniske henvisninger foretaget af alment praktiserende læger til kommunale forebyggelsestilbud i perioden 2014-2017 [16]. Analysen viste, at cirka 0,5 % af voksne borgerne blev henvist til kommunale tilbud i perioden, og at der var stor spredning i antallet af henvisninger per lægepraksis og mellem kommuner [16]. På baggrund heraf vurderes det, at kun en mindre andel af hovedpinepatienter med funktionsevnebegrænsning henvises til kommunale sundhedstilbud.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at samarbejdet mellem kommunerne og almen praksis styrkes med henblik på at øge kendskabet til de kommunale forebyggelses- og sundhedstilbud. En undersøgelse har peget på, at der både er barrierer blandt læger og patienter i forhold til at benytte de kommunale sundhedstilbud, og det anbefales derfor, at kommunerne også arbejder på at øge kendskabet blandt borgerne [17]. For at understøtte anvendeligheden af oplysningerne på sundhed.dk bør kommunerne altid have en fyldestgørende og opdateret beskrivelse af tilbuddene. Det anbefales, at egen læge i samarbejde med patienten vurderer, om der er grundlag for henvisning til de kommunale sundheds- og forebyggelsestilbud i den pågældende kommune.

4.4 Opgave- og ansvarsfordeling

Forløb for hovedpinepatienter kan beskrives i forløbsprogrammer, men bør også tilrettelægges individuelt hos den enkelte på baggrund af graden af funktionsevnebegrænsning, tilstedeværelse af andre sygdomme, samt patientens egne psykosociale ressourcer. Det afhænger derfor i høj grad af den enkelte patient, hvilke indsatser der er behov for. Overordnet anbefales en opgave- og ansvarsfordeling som beskrevet nedenfor.

4.4.1. Almen praksis

Den alment praktiserende læge har det samlede overblik over patientens sygdomshistorie og behandlingsbehov og fungerer derfor naturligt som tovholder for patientforløbet og for det tværsektorielle samarbejde. Hos patienter med ukomplicerede hovedpinesygdomme kan hele patientforløbet oftest varetages i almen praksis, men hos hovedpinepatienter med vedvarende funktionsevnebegrænsning vil der ofte være behov for tværsektorielle indsatser.

Den alment praktiserende læge vurderer, hvilket behandlingsniveau den enkelte patient har behov for, f.eks. ved at kun de komplicerede hovedpinepatienter henvises til specialiseret behandling. En forudsætning for at sikre det rette behandlingsniveau er, at opgavefordelingen defineres tydeligt på regionalt niveau, samt at den alment praktiserende læge har let adgang til opdateret viden om diagnostik og behandling.

I forbindelse med den indledende udredning og diagnostik forholder den alment praktiserende læge sig til en række sygdomstilstande, som kan have betydning for forløbet, og vurderer graden af funktionsevnebegrænsning og betydningen af psykosociale faktorer. Den praktiserende læge varetager desuden den løbende lægefaglige opfølgning, når patienter efter behandling i specialistregi tilbagehenvises til almen praksis.

I regionernes sundhedsaftaler beskrives almen praksis' rolle i det tværsektorielle samarbejde⁵, og de opgaver, som almen praksis forpligtes til at udføre, beskrives i praksisplanen [18]. Det er regionens praksisudvalg, hvor både regioner, kommuner og almen praksis er repræsenteret, som udarbejder en plan for almen praksis' opgaver i regionen [18]. Lokale aftaler mellem almen praksis og kommunerne i forhold til samarbejdet omkring særlige patientgrupper indgår også i praksisplanen. Det anbefales, at almen praksis' rolle i det tværsektorielle forløb for hovedpinepatienter med funktionsevnebegrænsning defineres i regi af de regionale aftaler.

Nedenfor beskrives eksempler på opgaver, som almen praksis kan varetage i forhold til specifikke hovedpineforløb.

⁵ Regionernes sundhedsaftaler kan ses i detaljer på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: <https://www.sst.dk/da/planlaegning/sundhedsaftaler/sundhedsaftaler-2015-2018>

Hos patienter med ukompliceret spændingshovedpine, migræne eller PTH kan hele forløbet oftest varetages i almen praksis. Opgaverne kan inkludere patientuddannelse, medicinsk behandling, iværksættelse af ikke-medicinske indsatser, vejledning om arbejdsmæssige forhold, behandling af komorbiditet samt forebyggelse af MOH. Nogle af opgaverne vil også kunne varetages af praksissygeplejersker. Hvis hovedpinesygdommen er kompliceret af vedvarende funktionsevnebegrænsning trods forsøg på behandling i almen praksis, planlægges det tværsektorielle behandlingsforløb i et tæt samarbejde mellem den praktiserende læge og patienten, og i henhold til de regionale sundhedsaftaler. Almen praksis kan henvise til en afklarende sundhedssamtale i kommunen og kan henvise til behandling i øvrig praksissektor efter behov. Hvis der er manglende effekt af den medicinske behandling, henvises til behandling hos privatpraktiserende neurolog eller sygehus med hovedfunktion i neurologi. Henvisning foregår iht. de fælles regionale visitationskriterier.

Patienter med klyngehovedpine anbefales henvist direkte til behandling hos praktiserende speciallæge i neurologi eller på sygehus med hovedfunktionsniveau jf. gældende specialevejledning for neurologi [19].

Det anbefales, at egen læge løbende overvejer, om patienten har udviklet MOH, og i så fald anbefales det at forsøge medicinsanering, inden der henvises til andre behandlingstilbud i primærsektoren eller til specialiserede behandlingstilbud.

4.4.2. Neurologisk speciallægepraksis

Praktiserende speciallæger i neurologi diagnosticerer og behandler patienter med hovedpinesygdomme, som henvises fra alment praktiserende læger eller andre speciallæger. Det anbefales, så vidt det er muligt, at praktiserende neurologer tilbyder akutte tider til patienter med klyngehovedpine og subakutte tider til patienter med svære migræneanfald med henblik på hurtig iværksættelse af behandling.

Praktiserende speciallæger i neurologi planlægger behandlingsforløbet i samarbejde med patienten og vurderer, om der er behov for henvisning til specialiseret behandling på sygehus med regionsfunktion eller hovedfunktion i neurologi. I nogle tilfælde henvises patienter med hovedpinesygdomme direkte fra andre speciallæger (fx øre-næse-hals-læger og psykiatere), og det er i disse tilfælde den praktiserende speciallæge i neurologi, som fungerer som tovholder i patientforløbet, og som har ansvaret for at oplyse egen læge om behandlingsplan og behov for opfølgning.

Den praktiserende speciallæge i neurologi kan også henvise til fysioterapeut, kiropraktor eller til afklarende sundhedssamtale i kommunen, eller anbefale patienten selv at opsøge behandling hos kiropraktor eller henvende sig direkte til kommunen med henblik på deltagelse i kommunale sundhedstilbud. Desuden kan den praktiserende neurolog vurdere, om der er grundlag for at henvise patienten til psykologbehandling, hvorefter der skal rettes henvendelse til patientens egen læge. På nuværende tidspunkt er det kun egen læge, som kan henvise til psykologbehandling.

Det bør beskrives i regi af de regionale aftaler, hvilke opgaver neurologisk speciallægepraksis skal varetage i den pågældende region, da der ofte kan være lokale forskelle på, hvordan det tværsektorielle samarbejde tilrettelægges.

4.4.3. Kiropraktorpraksis

Kiropraktorer varetager diagnostik, behandling og forebyggelse af bevægeapparatsproblemer i rygsøjle, bækken og ekstremiteter samt henviser til udvalgte billeddiagnostiske undersøgelser på sygehus og kan i nogle tilfælde foretage røntgen og ultralyds-undersøgelse ved indikation i egen praksis. Kiropraktorer kan behandle personer med hovedpinesygdomme, hvis smerter og funktionsproblemer i kroppens muskler og led bidrager til sygdommen, herunder tilbyde patientuddannelse, superviseret øvelsestræning og manuel behandling.

Regionerne udarbejder en praksisplan over den kiropraktiske behandling i regionen, hvor kiropraktorerne opgaver i det tværsektorielle samarbejde beskrives. Praktiserende kiropraktorer har overenskomst med Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN), og personer med hovedpine kan selv henvende sig til en kiropraktor. Der ydes tilskud til behandling uagtet henvisning fra praktiserende læge.

4.4.4. Fysioterapipraksis

Fysioterapeuter varetager diagnostik, behandling og forebyggelse af lidelser som medfører fysisk funktionsevnebegrænsning og nedsat bevægelsesevne. Fysioterapeuter kan behandle personer med hovedpinesygdomme, hvis hovedpinen er ledsaget af smerter og funktionsproblemer i bevægeapparatet, herunder tilbyde patientuddannelse, superviseret øvelsestræning og manuel behandling.

Regionerne udarbejder i samarbejde med kommunerne i regionen en praksisplan over den fysioterapeutiske behandling i regionen, hvor også det tværsektorielle samarbejde eksempelvis med almen praksis beskrives. Praktiserende fysioterapeuter har overenskomst med RLTN. Der ydes kun tilskud til behandling, hvis der henvises fra praktiserende læge eller speciallæge. Fysioterapeuten har selvstændigt behandlingsansvar og kan tilbyde behandling uden sygesikringstilbud.

4.4.5. Psykologpraksis

Praktiserende psykologer varetager behandling af psykologiske problemstillinger som eksempelvis angst, depression, stress, tab af funktionsevne og smertetilstande. Psykologer kan behandle personer med hovedpinesygdomme, hvis hovedpinen er ledsaget af psykologiske problemstillinger, herunder tilbyde patientuddannelse og rådgivning, psykoterapi som fx kognitiv adfærdsterapi eller andre særlige teknikker/strategier.

Det følger af sundhedsloven § 69 ⁶, at regionsrådet skal yde tilskud til behandling af let-moderat depression og angst samt kronisk invaliderende sygdom hos praktiserende psykologer, som har overenskomst med RLTN. Der kan kun henvises fra den praktiserende læge. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en vejledning om personers adgang til tilskudsberettiget psykologbehandling, som præciserer, hvilke grupper der er omfattet af tilskudsordningen for psykologbehandling herunder kriterier for henvisning⁷. Psykologer kan dog også tilbyde behandling uden sygesikringstilbud eller samarbejde med kommuner f.eks. om håndtering af stress- og smerter.

Ved manglende behandlingsrespons henvises tilbage til egen læge, som herefter vurderer, om der er behov for at henvise til praktiserende psykiater eller regional ambulant psykiatri.

4.4.6. Sygehuse

Sygehusene varetager diagnostik og behandling af hovedpinesygdomme med utilstrækkelig behandlingseffekt i almen praksis eller i neurologisk speciallægepraksis. Der er fastsat specialfunktioner vedrørende diagnostik og behandling af hovedpinesygdomme i specialevejledningen for neurologi jf. Sundhedsstyrelsens specialeplan [19]. Hovedreglen er, at hovedpinepatienter, som ikke kan behandles i almen praksis, visiteres til praktiserende neurolog eller sygehus med en neurologisk funktion, som herefter kan viderevisitere til sygehus med regionsfunktion eller til de højt specialiserede tværfaglige hovedpinecentre.

4.4.7. Kommuner

Kommunerne har forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, og personer med vedvarende funktionsevnebegrænsende hovedpinesygdomme kan henvises til afklarende sundhedssamtale med henblik på deltagelse i disse tilbud (se kapitel 4.3.4). Lægen kan også henvise til et specifikt forebyggelsestilbud. Et patientforløb er sjældent lineært, og nogle borgere vil sideløbende indgå i forløb i regi af både almen praksis og/eller sygehus.

4.4.8. Patientforeninger, civilsamfund og øvrige aktører

Patientforeninger og andre aktører i civilsamfundet kan tilbyde rådgivning, vidensformidling og støtte til personer med hovedpinesygdomme og deres pårørende. De kan også bidrage til forebyggelsesindsatser sammen med andre aktører i sundhedsvæsenet (f.eks. apotekerne). Det anbefales, at patientforeningerne samarbejder om koordinering af indsatserne, og at det sikres, at der formidles korrekt viden til patienterne af faglig høj standard. Dette kan sikres ved at samarbejde med hovedpinecentre eller andre sundhedsfaglige aktører.

⁶ Sundhedsloven kan ses på <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=200363#idcbfb46d9-de5a-4a06-ad9e-2bb0441d0147>

⁷ <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=184352>

5. Udredning og diagnostik

Sundhedsstyrelsen anbefaler:

- At udredning og diagnostik af de almindeligste hovedpinesygdomme primært foregår i almen praksis
- At der benyttes standardiserede diagnostiske værktøjer såsom hovedpine-dagbog og hovedpinekalender
- At alle sundhedsfaglige, som deltager i udredning og diagnostik, anvender validerede diagnostiske kriterier, når der stilles en hovedpinediagnose
- At graden af funktionsevnebegrænsning vurderes i en biopsykosocial kontekst (ICF-modellen)

Rettidig udredning og diagnostik er forudsætningen for, at de rette faglige indsatser kan iværksættes til hovedpinepatienter med funktionsevnebegrænsning og for at sikre et godt behandlingsforløb. Rettidig diagnostik kan bidrage til forebyggelse af komplikationer såsom medicinoverforbrugshovedpine, til at sygefravær mindskes, samt at psykosociale konsekvenser af hovedpinesygdommen forebygges hos den enkelte patient.

5.1. Baggrund

Rettidig diagnose af en hovedpinesygdom kan forsinkes på baggrund af faktorer hos patienten, hos lægen eller på grund af organiseringen af sundhedsvæsenet. Symptomer kan være til stede i lang tid før egen læge kontaktes, patienten kan mangle viden om behandlingsmuligheder, anvende håndkøbsmedicin eller søge behandling uden for det etablerede sundhedsvæsen. Faktorer hos lægen eller andet sundhedsfagligt personale kan f.eks. være manglende viden om diagnostik, om sjældne hovedpineformer eller om behandlingsmuligheder, og i sundhedsvæsenet kan der være ventetid på specialiseret udredning, manglende ressourcer, for få speciallæger eller forkert visitation af patienterne. Sociodemografiske faktorer kan også have en betydning.

Forsinket diagnostik er specifikt et problem, når det gælder de mere sjældne primære hovedpinesygdomme. Et nyligt studie fra Dansk Hovedpinecenter viste, at den gennemsnitlige diagnostiske forsinkelse for patienter med klyngehovedpine var seks år [9]. Desuden påviste man forskelle mellem mænd og kvinder, idet kvinder fik stillet diagnosen gennemsnitligt ét år senere end mændene, flere kvinder var tidligere blevet fejldiagnosticeret

(61% versus 46%), og flere kvinder fik først den korrekte diagnose ved tertiært hovedpinecenter (39% versus 21%) [9].

5.2. Udfordringer i forbindelse med rettidig diagnostik

Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe har peget på forskellige udfordringer i forhold til at sikre tidlig diagnostik og behandling af hovedpinesygdomme. Der er behov for en let tilgængelig "værktøjskasse" med standardiserede diagnostiske værktøjer og et øget kendskab til diagnostiske kriterier. Lange ventetider til specialiserede behandlingstilbud betyder desuden, at diagnostikken tager lang tid, og at patienter med komplicerede hovedpinesygdomme først sent kommer ind i det rette behandlingstilbud. Det anføres desuden, at der mangler et tidligt fokus på psykosociale faktorer og en indsats rettet mod disse. Der er også arbejdsgruppens opfattelse at der er manglende viden om sjældne hovedpinesygdomme såsom klyngehovedpine, samt manglende kendskab til risikoen for MOH.

5.3. Diagnostisk "værktøjskasse"

Det anbefales, at udredning og diagnostik primært foregår i almen praksis, hvor der kan dannes et samlet overblik over patientens fysiske, psykiske, sociale og arbejdsmæssige kontekst, samt tidligere behandlingsforløb. For nogle patienter kan dele af udredningen foregå hos f.eks. kiropraktor eller fysioterapeut, men det anbefales, at almen praksis fungerer som tovholder i forløbet. Tidlig og sikker diagnostik kræver, at der benyttes standardiserede diagnostiske værktøjer, som kan anvendes af alle læger, og at andre fagpersoner som f.eks. fysioterapeuter og kiropraktorer, som deltager i udredningen, i et vist omfang har kendskab til værktøjerne.

5.3.1. Anamnese og objektiv undersøgelse

Den første differentialdiagnostiske opgave er at adskille primære hovedpinetyper, som opstår uden anden påviselig underliggende sygdom, fra sekundær hovedpine, som skyldes en anden årsag, hvoraf mange kan være alvorlige. Anamnesen skal derfor afklare eventuelle advarselstegn på en alvorlig sekundær hovedpine samt indeholde en præcis symptombeskrivelse og karakteristik af hovedpinen, herunder debut, aurasymptomer, anfaldshyppighed og varighed samt eventuelle ledsagesymptomer. Det er derudover vigtigt at få klarhed over, hvilken type medicin patienten tager og har taget, samt effekten heraf, og om patienten tager for meget medicin. Der bør også spørges til, hvornår patienten sidst har været til tandeftersyn, og det bør afdækkes, om patienten har andre fysiske eller psykiske helbredsproblemer, som kan have betydning for hovedpinesygdommen og behandlingsforløbet.

Følgende retningslinjer kan anvendes til at foretage en helhedsvurdering af patienten, herunder karakterisere hovedpinen og stille en klinisk diagnose, som bør stilles uden forsinkelse, når relevante differentialdiagnoser er udelukket [1].

Objektiv undersøgelse

- Inkluderer neurologisk undersøgelse samt måling af blodtryk og puls.
- Ved mistanke om muskuloskeletal komponent desuden:
 - Undersøgelse af kropsholdning i siddende og stående stilling
 - Bevægeekvalitet og bevægeudslag af led i nakke, skuldre, kæbe samt ryg
 - Muskelfunktion af nakke- og skulderregionen med specifik beskrivelse af muskelømheden og spændinger i den perikranielle muskulatur
 - Tandstatus, bid, kæbeled og tyggemusklernes funktion

Parakliniske undersøgelser

Blodprøver er oftest ikke nødvendige, medmindre der mistænkes sekundær årsag til hovedpinesygdommen. Billeddiagnostisk undersøgelse skal kun gennemføres på klar faglig indikation, det vil sige, hvis anamnesen eller den objektive undersøgelse tyder på, at hovedpinen skyldes sekundær lidelse[1], [3].

Hovedpinedagbog og hovedpinekalender

Ud over en præcis symptombeskrivelse er det vigtigt at få et overblik over omfanget af hovedpinen. Dertil anbefales det fra starten af hovedpineforløbet, at patienten bruger en hovedpinedagbog og en hovedpinekalender[1], [3]. Det er veldokumenteret, at hovedpinedagbogen er et anvendeligt klinisk værktøj, og at den også er brugervenlig for patienterne [20]. I hovedpinedagbogen er inkluderet en beskrivelse af hovedpinen og dens ledsagesymptomer, eventuelle udløsende faktorer samt medicin og anden behandling. Den bør udfyldes dagligt i minimum 4 uger og kan derved hjælpe med at klarlægge diagnosen. I nogle tilfælde har patienterne flere samtidige hovedpinesygdomme, og det er derfor vigtigt at hovedpinedagbogen udfyldes hver dag. Efterfølgende anbefales det, at patienten bruger en hovedpinekalender til opfølgning af behandlingseffekt og medicinforbrug. Hovedpinedagbog og hovedpinekalender er vedhæftet i Bilag 8. Hovedpinedagbog og hovedpinekalender danner også basis for patientuddannelsen og samtale om, hvordan hovedpinesygdommen påvirker patienten, og kan benyttes af alle behandlere som er tilknyttet patienten. Hovedpinedagbogen kan også fremsendes til patienten via web-req, hvorefter patienten kan udfylde dagbogen elektronisk og sende den tilbage til den praktiserende læge via web-patient.

Medicinoversigt

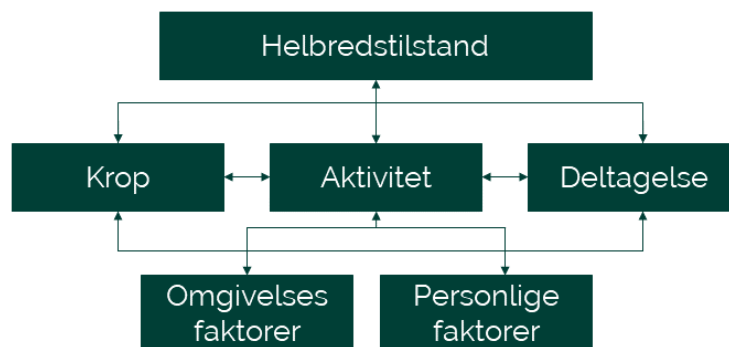
Da MOH ofte kan være med til at vedligeholde eller forværre en kronisk hovedpinesygdom er det vigtigt, at der i forbindelse med udredningen føres en præcis oversigt over, hvor meget medicin patienterne tager. Dette kan gøres i hovedpinedagbogen. Det er også vigtigt at registrere andre typer medicin inklusiv naturmedicin, som kan udløse hovedpine. Patienterne skal forklares om vigtigheden af et præcist overblik over det totale medicinindtag, for derved selv at få mulighed for at tage ansvar for deres situation.

5.3.2. Diagnostiske kriterier

Hovedpinesygdomme bør diagnosticeres på baggrund af valide, kliniske kriterier med acceptabel sensitivitet og specificitet⁸. De internationale kriterier for diagnostik af hovedpinesygdomme udvikles og opdateres af International Headache Society (IHS) og er baseret på videnskabelig evidens og omfattende testning af de diagnostiske kriterier⁹. Den nyeste version af kriterierne, ICHD-3, blev frigivet i 2018 og forventes indarbejdet i WHO's ICD-11 [21]. ICPC-2-DK er en dansk udgave af et diagnoseklassifikationssystem, som er udarbejdet af Wonca (verdensorganisationen for almen praksis), og som anvendes både i almen praksis, i kiropraktorpraksis og i fysioterapipraksis. ICPC-2-DK er mapet til ICD-10 diagnosekoderne i SKS (Sundhedsvæsenets KlassifikationsSystem). Uanset hvilket klassifikationssystem der benyttes, anbefales det, at hovedpinediagnosen stilles ud fra kliniske kriterier som angivet i ICHD-3. Kriterier for udvalgte hovedpinesygdomme er vedhæftet i bilag 7. På trods af forskellige diagnoseklassifikationssystemer er der således mulighed for et sammenhængende patientforløb, da de samme diagnostiske kriterier bør benyttes på trods af forskellige klassifikationssystemer og på tværs af sektorerne.

5.3.3. Vurdering af graden af funktionsevnebegrænsning

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) er udviklet af WHO i 2001 som en international klassificering af helbred samt en forståelsesramme til at beskrive helbred, funktionsevne og kontekst [22]. Modellen er en biopsykosocial model, hvor funktionsevnen som det centrale i modellen indgår i et dynamisk samspil med helbred og kontekst (omgivelses- og personlige faktorer) (Figur 4).



Figur 4: Komponenter i modellen for International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF-modellen). Kilde: WHO (<https://www.who.int/classifications/icf/en/>)

⁸ Sensitivitet siger noget om hvor anvendelige kriterierne er til at "fange" de syge personer – de sandt positive, og specificitet siger noget om hvor anvendelige kriterierne er til at "frikende" de raske personer – de sandt negative.

⁹ De diagnostiske kriterier findes i fuld elektronisk version samt i forkortet dansk version på Dansk hovedpine selskabs hjemmeside (<https://www.ichd-3.org/>)

Funktionsevnen omfatter tre komponenter: Kroppens funktioner og anatomi, aktiviteter samt deltagelse. Komponenterne påvirker hinanden gensidigt, ligesom den samlede funktionsevne påvirkes af omgivelsesfaktorer, personlige faktorer og helbredsmæssige forhold. ICF anvendes som en tværfaglig model til at beskrive patientens samlede situation, anvendes bredt på tværs af sektorer [23], og er også fundet anvendelig i forbindelse med vurdering af funktionsevnebegrænsning hos patienter med hovedpinesygdomme[24]. ICF-modellen er implementeret i spørgeskemaet WHODAS-2 (WHO Disability Assessment Schedule) som også findes i en dansk version. Education and Implementation Committee (EIC) og The Functioning and Disability Reference Group (FDRG) hos netværket omkring WHO's gruppe af Internationale Klassifikationer (WHO-FIC) har udviklet et ICF e-learning tool, som giver en introduktion til strukturen og brugen af ICF-modellen¹⁰.

Det er vigtigt, at det sundhedsfaglige personale tidligt overvejer, om der er behov for indsatser, som har til formål at forebygge funktionsevnebegrænsning. Det er i den forbindelse vigtigt at tale med patienten om den biopsykosociale forståelsesramme, så patienten forstår, at disse faktorer er indbyrdes afhængige af hinanden, og at psykisk lidelse eksempelvis kan udløses af at leve med en hovedpinesygdom.

¹⁰ ICF e-learning tool på dansk: https://www.icf-elearning.com/wp-content/uploads/articulate_uploads/ICF%20e-Learning%20Tool_Danish%20-%20Storyline%20output/story.html

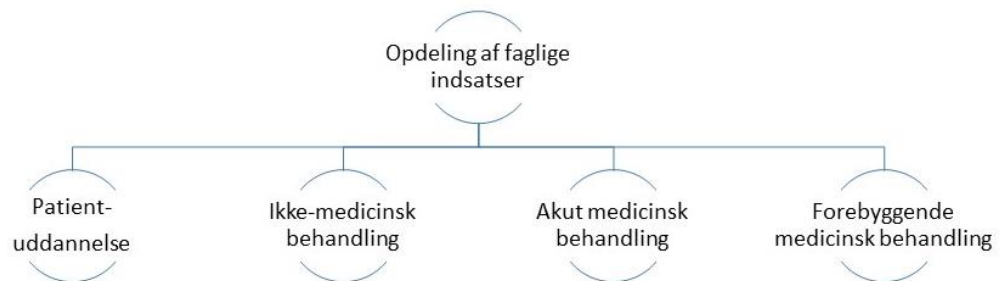
6. Faglige indsatser

Sundhedsstyrelsen anbefaler:

- At specifikke faglige indsatser tilrettelægges individuelt ud fra sygehistorien og en samlet biopsykosocial vurdering
- At patientuddannelse tilrettelægges i forhold til hovedpinesygdommens karakter og graden af funktionsevnebegrænsning
- At patienter med vedvarende funktionsevnebegrænsende hovedpine undersøges for medicinoverforbrugshovedpine, og at medicinsanering udføres, inden der påbegyndes anden behandling
- At patienter med klyngehovedpine henvises akut til behandling hos praktiserende speciallæge i neurologi eller neurologisk afdeling
- At patienter med vedvarende funktionsevnebegrænsende hovedpine undersøges for samtidige psykologiske problemstillinger
- At ikke-medicinske indsatser overvejes og tilbydes på baggrund af en samlet individuel vurdering af patientens biopsykosociale helbredstilstand
- At den akutte og forebyggende medicinske behandling for størstedelen af hovedpinesygdomme varetages i almen praksis jf. retningslinjer udgivet af Dansk Hovedpine Selskab

6.1. Baggrund

De faglige indsatser kan grundlæggende inddeles i fire hovedelementer: Patientuddannelse, ikke-medicinsk behandling, akut medicinsk behandling og forebyggende medicinsk behandling (Figur 5). I et behandlingsforløb prioriteres de faglige indsatser på baggrund af en individuel vurdering og afhænger i høj grad af, hvilken hovedpinesygdom der er tale om, hyppigheden af hovedpineanfald, kompleksiteten af hovedpinesygdommen og graden af funktionsevnebegrænsning.



Figur 5: Oversigt over faglige indsatser

For de fleste primære hovedpinesygdomme er der gode behandlingsmuligheder. Nødvendigheden af behandling af høj faglig kvalitet er dokumenteret på Dansk Hovedpine Center, hvor det er påvist, at sygefravær selv hos svært ramte hovedpinepatienter kan reduceres med 60 %, samtidig med at hyppighed og intensitet af smerterne reduceres [25]. Det er desuden påvist, at behandling af MOH kan halvere hovedpineforekomsten og reducere udgifterne til specifik migrænemedicin med cirka 40 % [26]. Flere studier peger på, at en tværfaglig behandlingsindsats til patienter med kronisk hovedpine er den mest effektive [27], [28], men der er manglende viden om effekten af tværfaglige indsatser tidligere i hovedpineforløbet, og hvilke patienter som ville profitere mest af disse. Det er dog arbejdsgruppens erfaring, at mange patienter har haft kronisk hovedpine meget længe, når de indgår i et behandlingsforløb i de tværfaglige hovedpinecentre, og det antages derfor, at en tidligere indsats til disse patienter ville føre til mindre sygdomsbyrde og højere livskvalitet.

6.2. Udfordringer i forbindelse med behandling af hovedpinesygdomme

Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe peger på, at der findes gode behandlingsmuligheder til patienter med migræne, klyngehovedpine, MOH, og delvist til patienter med spændingshovedpine, mens det erfaringsmæssigt kan være vanskeligt at behandle patienter med PTH. I almen praksis kan det være vanskeligt at få adgang til viden om de nyeste behandlingsmuligheder samt behandlingsvejledninger som kan benyttes i en travl klinisk hverdag, ligesom løbende efteruddannelse og rådgivningsmuligheder efterspørges. Erfaringen er desuden, at mange patienter har MOH som forværrer og vedligeholder en eksisterende hovedpine, og at andre behandlingstiltag først giver mening, når patienten er medicinsaneret.

I forhold til den ikke-medicinske behandling, tilrettelægges behandlingen ofte på et erfaringsbaseret og individorienteret grundlag, og der mangler en systematisk gennemgang af evidensen for effekten af de ikke-medicinske behandlingsmuligheder. Der er dog evidens for en effekt af visse ikke-medicinske indsatser, og her er det et problem, at henvis-

ning til f.eks. fysioterapeut, kiropraktor og psykolog kræver egenbetaling, hvorved økonomisk udsatte patienter ikke har mulighed for at benytte tilbuddet. Det er desuden et ønske, at flere kommunale tilbud gøres tilgængelige for patienterne, hvorved der tidligere i forløbet kan iværksættes en tværfaglig indsats for de patienter, som har behov for det.

6.3. Organisering af faglige indsatser

Faglige indsatser bør tilrettelægges individuelt ud fra sygehistorien og en samlet vurdering af hvilke fysiske, psykiske og sociale faktorer, som påvirker den enkelte patient. På baggrund heraf anbefales det at planlægge et samlet behandlingsforløb for patienten, som forholder sig til alle områder, hvorpå sygdommen påvirker patientens liv. Behandlingsforløbet planlægges i et samarbejde mellem den praktiserende læge og patienten, øvrige praksissektor, sygehusene og kommunen, som beskrevet i [kapitel 4](#).

Nedenfor følger en generel beskrivelse af mulige faglige indsatser, hvorefter indsatserne beskrives for hver enkelt hovedpinesygdom.

6.4. Ikke-medicinske indsatser

Den ikke-medicinske behandling af hovedpinepatienter med vedvarende funktionsevnebegrænsning kan på baggrund af en individuel klinisk vurdering inkludere patientuddannelse (sygdomsmestring), kognitiv adfærdsterapi, superviseret fysisk træning, afspændingsteknikker og manuel behandling. Sundhedsstyrelsen har ikke foretaget en samlet systematisk evidensvurdering af effekten af ikke-medicinske indsatser til patienter med hovedpinesygdomme, og anbefalingerne er baseret på eksisterende danske retningslinjer, en systematisk litteratursøgning på guidelines, metaanalyser og systematiske reviews samt faglig konsensus vedrørende god klinisk praksis. Indsatserne bør derfor overvejes på baggrund af en individuel klinisk vurdering, og med forbehold for at der ikke er foretaget en systematisk evidensgennemgang. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der fremadrettet foretages en systematisk litteraturgennemgang, evidensvurdering og graduering af studier, som undersøger effekten af ikke-medicinske indsatser hos patienter med hovedpinesygdomme - eksempelvis i regi af en national klinisk retningslinje.

6.4.1. Patientuddannelse (sygdomsmestring)

Patientuddannelse kan inkluderes i alle behandlingsforløb og bør tilrettelægges i forhold til hovedpinesygdommens karakter og graden af funktionsevnebegrænsning. Patientuddannelse kan eksempelvis indeholde undervisning i smertefysiologi, behandlingsmuligheder, psykosociale faktorerets betydning og smertehåndtering, og den kan inddeles i sygdomsspecifik, generel og intensiveret patientuddannelse.

Sygdomsspecifik patientuddannelse

Det vil ofte være patientens egen læge eller neurolog i praksis/på sygehus, som varetager den sygdomsspecifikke patientuddannelse, men andet sundhedsfagligt personale

kan også varetage opgaven. En systematisk gennemgang af evidensen for effekten af hovedpinespecifik patientuddannelse er foretaget af det engelske National Institute for Health and Care Excellence (NICE) [3], og på baggrund heraf anbefales det, at vejledning og rådgivning til patienten indeholder:

- Tryghedsskabende information om hovedpinesygdommen
- Information og identifikation af mulige udløsende og forværrende faktorer
- Rådgivning om behandlingsmuligheder
- Samtale om konsekvenser, psykosociale såvel som fysiske
- Rådgivning om risikoen for medicinoverforbrugshovedpine
- Skriftlig information om hovedpinesygdomme herunder information om patientforeninger

Generel patientuddannelse

Borgere med vedvarende funktionsevnebegrænsende hovedpinesygdomme kan i samarbejde med egen læge henvises til den generelle patientuddannelse i kommunerne, som er målrettet til borgere med kroniske sygdomme og ikke rettet mod en specifik sygdomsgruppe. En nærmere beskrivelse fremgår af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom [15]. Formålet er blandt andet at styrke patientens egenomsorg, at forbedre livskvaliteten, forebygge forværringer og videreudvikling af sygdommen samt at mindske forbruget af medicin [15], [29], [30].

Mange kommuner anvender kurserne "LÆR AT TACKLE kroniske smerter" eller "LÆR AT TACKLE kronisk sygdom", som er en dansk udgave af programmerne *Chronic Pain Self-Management Programme* og *Chronic disease self-management program* udviklet på Stanford University [31]–[34] (Boks 4). Sundhedsstyrelsen har i en medicinsk teknologivurdering vurderet evidensniveauet for en række effekter af kurset "LÆR AT TACKLE kronisk sygdom" til at være moderat til godt [29], mens evidensen for "LÆR AT TACKLE kroniske smerter" på nuværende tidspunkt er mindre overbevisende [34], [35].

Boks 4. Et eksempel på tilbud om sygdomsmestring ("LÆR AT TACKLE kronisk sygdom eller LÆR AT TACKLE kroniske smerter") i kommuner

LÆR AT TACKLE kurserne administreres af Komiteen for Sundhedsoplysning i samarbejde med Sundhedsstyrelsen. LÆR AT TACKLE kronisk sygdom blev i 2018 udbudt i 11 kommuner i Danmark, mens LÆR AT TACKLE kroniske smerter blev udbudt i 34 kommuner i Danmark. Patientuddannelsen henvender sig til mennesker, der lider af alle former for kroniske eller langvarige sygsmerter. Hovedpinepatienter med vedvarende funktionsevnebegrænsning er derfor i målgruppen. Effekten er dog ikke evalueret specifikt på hovedpinepatienter.

Temaer på kurset "LÆR AT TACKLE kronisk sygdom" er blandt andet: Redskaber til at håndtere symptomer, korrekt brug af medicin, håndtering af vanskelige følelser, fysisk aktivitet, afspænding samt vurdering og valg af nye behandlingsformer. Effektiviteten af programmet ligger i selve undervisningsmetoderne, der er baseret på teorien om self-efficacy dvs. kursistens tro på egne evner til at håndtere symptomer og deres oplevelse af at have kontrol over symptomer.

Sundhedsstyrelsens medicinske teknologivurdering konkluderede, at LÆR AT TACKLE kronisk sygdom har moderat til god evidens for bedre selv vurderet helbred, reduktion af bekymringer, smerte, træthed og funktionsnedsættelse, øget fysisk aktivitet, øget brug af kognitive strategier til at håndtere symptomer og øget oplevelse af kontrol over symptomer (self-efficacy).

Kilder: Sundhedsstyrelsen 2009. Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering samt Komiteen for Sundhedsoplysning.

Intensiveret patientuddannelse - hovedpineskole

På de fleste tværfaglige hovedpineklিনikker i Danmark tilbyder man patienterne et forløb i en hovedpineskole, hvor patienterne undervises i smerteteori, behandling af hovedpine, følgevirkninger af hovedpine samt værktøjer, som retter sig mod håndtering af stress, nedtrykthed og smerter. Typisk er det sygeplejersker og psykologer med særlig viden om hovedpinesygdomme som underviser på en hovedpineskole. Undervisningen tager flere steder udgangspunkt i kognitiv adfærdsterapi (CBT) eller Acceptance and Commitment Therapy (ACT) som er anerkendte psykologiske metoder inden for behandling af kroniske smerter [36], [37]. I hovedpineskolerne anvendes en gruppebaseret undervisningsform, hvor der samtidig er fokus på erfaringsudveksling blandt gruppens deltagere. Da alle forløb på landets hovedpinecentre er sammensat lidt forskelligt, er det vanskeligt at sige noget entydigt om kvalitet og effekt, og der mangler generelt mere viden om effekten af de forskellige interventioner.

I en metaanalyse fandt man hos patienter med migræne og spændingshovedpine en moderat effekt af patientuddannelse ("self-management intervention") på angst og depressions-symptomer, og en mindre effekt på smerteintensitet, funktionsevnebegrænsning, livskvalitet og medicinindtag. Der var ingen effekt på hovedpinefrekvens. Der var evidens for, at gruppebaserede forløb, som indeholdt komponenter af uddannelse, kognitiv terapi eller mindfulness-terapi, havde størst effekt. Resultaterne skal tolkes med forsigtighed, da studierne var meget heterogene og dermed svære at sammenligne [38].

Intensiveret patientuddannelse baseret på ovenstående principper kan overvejes til personer med vedvarende funktionsevnebegrænsende hovedpine, som ikke har haft tilstrækkelig effekt af medicinsk behandling eller ikke-medicinske indsatser iværksat hos egen læge eller privatpraktiserende neurolog. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der indsamles mere viden om effekten af interventionerne, således at patientuddannelserne bedre kan kvalitetssikres og sammenlignes på tværs af landet.

6.4.2. Kognitiv adfærdsterapi (CBT)

Der kan opstå psykiske symptomer som følge af, at patienterne lever med en kronisk smertetilstand og vedvarende oplever funktionsevnebegrænsning. Langvarig dårlig psykisk sundhed er en selvstændig risikofaktor for negative helbredsmæssige og sociale udfald og har betydning for forløbet af fysisk sygdom. Det anbefales derfor, at det hos hovedpinepatienter med vedvarende funktionsevnebegrænsning undersøges om psykiske symptomer er til stede i en sådan grad, at der er grundlag for at iværksætte en behandling som retter sig mod de psykiske problemstillinger.

Kognitiv adfærdsterapi anvendes ofte i en bred forstand, men i disse anbefalinger afgrænses det til at omfatte "Cognitive Behavioral Therapy" (CBT) og "Acceptance and Commitment Therapy" (ACT). CBT er baseret på antagelsen om, at kronisk smerte, og andre symptomer relateret til sygdommen, er påvirket af følelser, kognition (intellektuel tankevirksomhed, ræsonnering og hukommelse) og adfærd. Det antages, at smerte har en stor betydning for adfærd, og fokus i interventionen er at identificere smertelindrende adfærd. ACT er en videreudvikling af CBT, hvor accept og mindfulness anvendes som terapeutiske strategier.

CBT anbefales generelt til personer med smertetilstande, da der er evidens for effekt på humør (depression og angst), funktionsevne, katastrofetænkning, og i nogle tilfælde også på smerteintensitet [39]. Der er begrænset viden om den specifikke effekt i forhold til patienter med hovedpinesygdomme, hvilket også er årsagen til at psykologisk behandling ikke er anbefalet i de engelske NICE guidelines (opdateret i 2016) [3]. Et nyligt systematisk review konkluderede, at psykoterapeutisk behandling har effekt på anfaldshyppighed og smerteintensitet, men studierne var meget forskellige, og det var derfor ikke muligt at vurdere, hvilken behandlingsform som havde bedst effekt [40].

CBT kan overvejes til hovedpinepatienter med vedvarende funktionsevnebegrænsning på baggrund af en individuel klinisk vurdering og bør kun udføres af sundhedsfagligt personale, der gennem efteruddannelse har specifik faglig viden om kognitiv adfærdsterapi og smertetilstande. Boks 5 viser eksempler på psykologiske behandlingstilbud som på nuværende tidspunkt tilbydes i Dansk Hovedpinecenter.

Boks 5. Et eksempel på tilbud om psykoterapeutisk behandling i Dansk Hovedpinecenter.

Undervisning ved psykolog sammen med deltagelse af pårørende. I alt 3 timer på et hold med op til 20 deltagere. Omfatter emnerne smertemekanismer, stress, energiforvaltning og kommunikation.

Stress og smertehåndteringsforløb. I alt 15 timer i en gruppe med op til 8 deltagere. Baseret på CBT og ACT arbejdes i en kombination af undervisning, erfaringsudveksling og hjemmeøvelser med emnerne: Smertemekanismer, stress, energiforvaltning, accept, forhold til egne tanker og kommunikation

Ungegruppe: Samme indhold som stress og smertehåndteringsforløbet ovenfor, men målrettet patienter under 25 år.

Samtalegruppe: I alt 14 timers gruppeterapi med op til 8 deltagere, hvor der samles patienter med den samme diagnose. Især personer med sjældnere lidelser, såsom klyngehovedpine kan have gavn af at møde personer i samme situation. Indholdet afhænger af patientgruppen.

Kilde: Dansk Hovedpine Center

6.4.3. EMG-biofeedback og andre afspændingsteknikker

EMG-biofeedback og afspændingsterapier kan overvejes på baggrund af en individuel klinisk vurdering [1]. EMG – elektromyografi – er en metode, hvor man ved hjælp af elektroder opfanger elektriske impulser fra muskelfibre, og hvor mængden af elektriske impulser er udtryk for graden af muskelspænding. EMG-biofeedback kan derfor bruges til at hjælpe patienten med at kontrollere muskelspænding ved at der gives kontinuerlig tilbagemelding om muskelaktivitet. Biofeedback kan have effekt ved både migræne og spændingshovedpine [41], [42] og kan formentlig også supplere behandlingen ved MOH [43]. Det vides endnu ikke, om EMG biofeedback har effekt ved post-traumatisk hovedpine [44].

6.4.4. Superviseret fysisk træning ved sundhedsprofessionel

Fysisk træning har ikke kun til formål at reducere smerter, men også at forebygge inaktivitet, livsstilssygdomme og øge funktionsevnen i hverdagen. Med superviseret træning

menes træning under vejledning og supervision af en fagperson med relevant viden om smerter og hovedpinesygdomme.

Et internationalt samarbejde har ført til anbefalinger for, hvilke undersøgelser der bør udføres, når man tester muskuloskeletal dysfunktion hos patienter med hovedpine [45]. Der er evidens for at kombinationen af træning, mobilisering og øvelser for kropsholdning har effekt på spændingshovedpine [46], [47]. Konditionstræning kan, af nogen, opleves som en udløsende faktor på et migræneanfald, men der er samtidig evidens for, at konditionstræning kan have en forebyggende virkning på migrænefrekvens og på livskvalitet [48], [49].

6.4.5. Manuel behandling

Manuel behandling defineres i disse anbefalinger bredt som en række teknikker, hvor behandleren bruger sine hænder (manus) til behandlingen. Manuel behandling inkluderer i denne sammenhæng manipulation og ledmobilisering (fx af rygsøjlen og perifere led) samt bløddelsbehandling (fx massage). Manuel behandling kan på baggrund af en individuel vurdering overvejes som supplerende behandling eventuelt i kombination med fysisk træning til patienter, hvor der vurderes at være muskuloskeletale forhold (fx muskelspændinger eller nakkesmerter), der kan have indflydelse på hovedpinen [47], [50], [51]. Ved brug af manuel behandling til hovedpinepatienter, er der ikke konsensus omkring, hvilke behandlingsmodaliteter der anbefales og effekten heraf, og der er derfor behov for flere randomiserede kontrollerede studier, som undersøger dette.

6.4.6. Akupunktur

Videnskabelige resultater tyder på, at akupunktur kan have en effekt som forebyggende behandling af både spændingshovedpine og migræne [52], [53]. Der mangler dog studier, som sammenligner akupunktur med andre forebyggende behandlinger samt mere viden om langtidseffekterne af akupunktur.

6.5. Medicinsk behandling

Det gælder for de fleste hovedpinesygdomme, at den medicinske behandling under hele forløbet kan varetages i almen praksis. Patienter med klyngehovedpine bør dog henvises akut til behandling hos praktiserende speciallæge i neurologi eller neurologisk afdeling. Det anbefales, at den medicinske behandling til enhver tid tilrettelægges i forhold til retningslinjer fra Referenceprogram for diagnostik og behandling af hovedpine og ansigts-smerter fra Dansk Hovedpine Selskab og andre danske og internationale evidensbase-rede guidelines [1]–[3].

Den medicinske behandling opdeles i akut behandling og forebyggende behandling. Kun patienter med hyppig hovedpine har behov for forebyggende behandling, og det er vigtigt at forsøge at optimere den akutte behandling, inden der tages stilling til forebyggende behandling. Forebyggende behandling skal som hovedregel vurderes over en periode på 3 måneder før der kan tages stilling til effekten og eventuelt forsøges et andet præparat.

Det anbefales, at en virksom forebyggende behandling tages gennem 6-12 måneder, hvorefter der kan forsøges nedtrapning. Behandlingsprincipper for hver enkelt hovedpinesygdom beskrives i kapitel 6.8.

6.6. Rehabiliterende indsatser

Borgere med vedvarende funktionsevnebegrænsende hovedpinesygdomme kan risikere at miste deres tilknytning til arbejdsmarkedet, og for borgere, der er sygemeldte, er der en risiko for ikke at komme tilbage i arbejde. Det er derfor vigtigt, at arbejdsmarkedstilknytning overvejes som en integreret del af indsatsen for borgere med vedvarende funktionsevnebegrænsende hovedpinesygdomme. Indsatserne skal tilrettelægges på baggrund af patientens ønsker og behov for hjælp til opretholdelse af arbejdsmarkedstilknytning og planlægges i samarbejde med patienten. Det kan f.eks. undersøges, om der er muligheder for arbejdstilpasning, med henblik på arbejdsfastholdelse, men det er også muligt for patienten at indgå en § 56-aftale, hvorved patienten med langvarig eller kronisk hovedpine kan have de nødvendige sygefraværsdage eller være væk på grund af ambulant behandling samtidig med at arbejdsgiveren får sygedagpengerefusion.

6.6.1. Før sygemelding og under 8 ugers sygemelding

Der kan tidligt i forløbet anvendes en mulighedserklæring, hvis patientens arbejdsmarkedstilknytning vurderes truet. I tilfælde, hvor der forventes mere end otte ugers sygemelding, kan muligheden for ekstraordinær tidlig socialmedicinsk indsats fra kommunen være relevant. Efter borgerens ønske kan lægen henvise til en vurdering ved brug af attesten 'Forslag om socialmedicinsk sagsbehandling' (LÆ 165.). Kommunen skal indkalde til en samtale senest to uger efter, at de har modtaget anmodningen, og vil herefter vurdere, hvilken indsats der kan gives.

6.6.2. Ved længerevarende sygemelding

Sygemeldte borgere, der modtager sygedagpenge, bliver indkaldt til opfølgningssamtale i jobcenteret senest i 8. fraværsuge. I den forbindelse udarbejder den praktiserende læge en attest vedrørende sygedagpengeopfølgning (LÆ 285) med vurdering af borgerens mulighed for at vende tilbage til arbejde og eventuelle skånehensyn. Hvis der vurderes at være behov for en tværfaglig indsats, afholder borgeren møde med kommunens tværfaglige rehabiliteringsteam om, hvilken indsats der skal iværksættes for at understøtte tilbagevenden til arbejdsmarkedet. I den forbindelse kan praktiserende læge blive anmodet af kommunen om at udfylde en attest til rehabiliteringsteamet (LÆ 265). Kommunen vurderer 22 uger efter påbegyndt sygedagspengeperiode, om den sygemeldte opfylder betingelserne for at få forlænget retten til sygedagpenge. Ved forlængelse overgår borgeren til jobafklaringsforløb og vil i den forbindelse blive indkaldt til et møde i det tværfaglige rehabiliteringsteam.

6.7. Faglige indsatser for specifikke hovedpinesygdomme

Der henvises til referenceprogram for Diagnostik og Behandling af Hovedpinesygdomme udgivet af Dansk Hovedpine Selskab for en detaljeret beskrivelse af den aktuelle evidensbaserede behandling [1], og nedenfor beskrives derfor kun behandlingen i overordnede træk. En systematisk og opdateret vurdering af evidensen af den ikke-medicinske behandling er dog ønsket og anbefales iværksat - eventuelt i regi af en national klinisk retningslinje.

6.7.1. Spændingshovedpine

Spændingshovedpine kan være episodisk, hyppig episodisk eller kronisk. Ved kronisk spændingshovedpine (≥ 15 dage pr. måned) bør der være opmærksomhed på risikoen for blandingshovedpine, da disse patienter også ofte kan have migræne eller MOH. Patienter med spændingshovedpine og samtidig MOH bør medicinsaneres i almen praksis, og det anbefales at yderligere behandling først iværksættes, når patienten har været medicinsaneret i 2 måneder. Hvis det ikke er muligt at medicinsanere, anbefales henvisning til praktiserende speciallæge i neurologi eller neurologisk afdeling.

Hvis der ikke er effekt af hverken ikke-medicinsk eller medicinsk behandling af spændingshovedpine bør diagnosen revurderes. Ved tvivl om diagnosen eller ved manglende behandlingseffekt anbefales henvisning til praktiserende speciallæge i neurologi eller neurologisk afdeling. Da mulighederne for medicinsk behandling ved hyppig episodisk eller kronisk spændingshovedpine er begrænsede anbefales det at overveje ikke-medicinske indsatser tidligt i forløbet.

Ikke-medicinsk behandling

Det anbefales, at den ikke-medicinske behandling af patienter med funktionsevnebegrænsende spændingshovedpine tager udgangspunkt i en individuel vurdering af patientens samlede helbredstilstand jf. ICF-modellen. Der bør gøres et grundigt forarbejde, som inkluderer objektiv undersøgelse, information til patienten om sygdomsmekanismer, udelukkelse af anden tilgrundsiggende lidelse og kortlægning af udløsende faktorer, som forsøges minimeret i samarbejde med patienten. Det er dog samtidigt vigtigt, at patienten ikke hæmmes i deltagelse og aktivitet i hverdagslivet på grund af frygt for at udløse hovedpine.

Ud over patientuddannelse, som tilpasses den enkelte patient, kan det overvejes at tilbyde superviseret træning, hvis formålet er at øge funktionsevnen. For patienter med kronisk spændingshovedpine anbefales træning begyndende med lav belastning af nakke-/skuldermuskulaturen, afspænding og stresshåndtering samt holdningskorrektur, eller kombinationen af mobilisering, nakkeøvelser og holdningskorrektur [47]. Det kan efter en individuel vurdering overvejes at supplere med manual behandling, hvor manipulation af den øvre del af nakken i kombination med bløddelsbehandling har vist den bedste effekt i forhold til funktionsnedsættelse og livskvalitet [54]. Behandling med biofeedback-terapi og andre afspændingsteknikker kan også overvejes [55]. Til patienter med

kronisk spændingshovedpine med manglende effekt af andre forebyggende behandlinger kan behandling med akupunktur (10 sessioner over en periode på 5-8 uger) overvejes [52].

Hos patienter med samtidig depression eller angst eller andre komplekse psykosociale problemstillinger overvejes henvisning til behandling med kognitiv adfærdsterapi [56].

Henvisning til kommunale forebyggelsestilbud overvejes løbende jf. kapitel 4.3.4.

Medicinsk behandling

Den medicinske behandling kan under hele forløbet ofte varetages i almen praksis. Det anbefales, at der i forbindelse med opstart af behandlings- samt præparatskift føres hovedpinedagbog for at vurdere effekt og fremme compliance. Der bør løbende være fokus på risikoen for MOH. Overordnede anbefalinger for den medicinske behandling er beskrevet nedenfor, og der henvises til referenceprogrammet fra DHS for en mere detaljeret beskrivelse[1].

Akut medicinsk behandling

Episodisk hovedpine som optræder ≤ 2 dage om ugen (og højest 14 dage om måneden) kan forsøges behandlet med svage smertestillende lægemidler [1].

Effekten af forskellige svage smertestillende midler er undersøgt og sammenlignet i flere systematiske reviews, og på baggrund heraf kan både paracetamol, acetylsalicylsyre eller NSAID overvejes under hensyntagen til patientens præferencer, komorbiditet og risiko for bivirkninger[3], [57]–[60].

Ved mere end to anfald om ugen frarådes svage smertestillende lægemidler på grund af risiko for MOH, ligesom brug af stærke smertestillende midler (opioider), kombinationspræparater og muskelafslappende midler ikke kan anbefales[1].

Forebyggende medicinsk behandling

Ved hyppig episodisk eller kronisk spændingshovedpine kan forebyggende behandling forsøges (> 2 anfald om ugen eller > 9 anfald om måneden), hvor amitriptylin anbefales som 1. valgs-behandling [1].

Optrapningen bør være langsom for at undgå bivirkninger, og patienten skal informeres grundigt om effekt og mulige bivirkninger, inden behandlingen startes. Effekt af behandlingen kan vurderes efter 2-3 måneder og monitoreres med hovedpinekalender. Ved manglende effekt overvejes mulighed for suboptimal dosis, forkert diagnose, manglende compliance, eller om patienten har MOH.

6.7.2. Migræne

Migræne inddeles i episodisk (mindre end fire dage per måned), hyppig episodisk (4 til 14 dage om måneden) og kronisk (mindst 15 dage per måned) migræne. Det anbefales at bruge diagnostisk hovedpinedagbog og hovedpinekalender, særligt med henblik på at skelne mellem migræne og spændingshovedpine og for at udelukke MOH. Der bør være opmærksomhed på komorbide sygdomme, fx depression, hypertension, astma, svær overvægt og behandling af disse, da komorbiditet er afgørende for, hvilken medicin man kan vælge.

Kronisk migræne er relativt sjælden, og derfor bør MOH altid overvejes hos en patient med migræne i mere end 15 dage om måneden.

Ikke-medicinsk behandling

Ofte er den medicinske behandling effektiv hos patienter med migræne, men der er fortsat behov for at supplere den medicinske behandling med sygdomsspecifik patientuddannelse – oftest varetaget i almen praksis. Hos patienter med manglende effekt af forebyggende behandling, i tilfælde af samtidig spændingshovedpine eller MOH eller betydelig og vedvarende funktionsevnebegrænsning, kan nedenstående ikke-medicinske indsatser overvejes.

Forværrende faktorer som f.eks. depression eller MOH overvejes og behandles, ligesom det er vigtigt at klarlægge udløsende faktorer som f.eks. stress, dårlig arbejdsstilling, overdreven skærmb brug eller problemer med synet. Udløsende faktorer bør minimeres i samarbejde med patienten, samtidig med at patienten støttes i fastholdelse af fysisk aktivitet og deltagelse i hverdagslivet.

Øvrige ikke-medicinske indsatser kan overvejes på baggrund af en individuel klinisk vurdering, da der endnu er begrænset evidens for, hvilke indsatser man bør anbefale til specifikke hovedpinetyper. Superviseret træning kan overvejes til patienter med lavt aktivitetsniveau [49], eventuelt i kombination med manuel behandling hvis der er samtidig spændingshovedpine eller nakkesmerter [46], [61], [62]. På baggrund af en klinisk vurdering og den foreløbige evidens kan biofeedback-terapi overvejes til patienter med hyppige migræneanfald eller manglende effekt af forebyggende medicinsk behandling [42], mens forebyggende behandling med akupunktur kan overvejes til episodisk migræne ved manglende effekt af forebyggende medicinsk behandling [53].

Hos patienter med samtidig depression, angst eller komplekse psykosociale problemstillinger kan kognitiv adfærdsterapi overvejes [56].

Hos patienter med vedvarende funktionsevnebegrænsende migræne kan henvisning til kommunale forebyggelsestilbud (jf. kapitel 4.3.4) overvejes, såfremt den praktiserende læge i samarbejde med patienten vurderer, at der findes relevante tilbud.

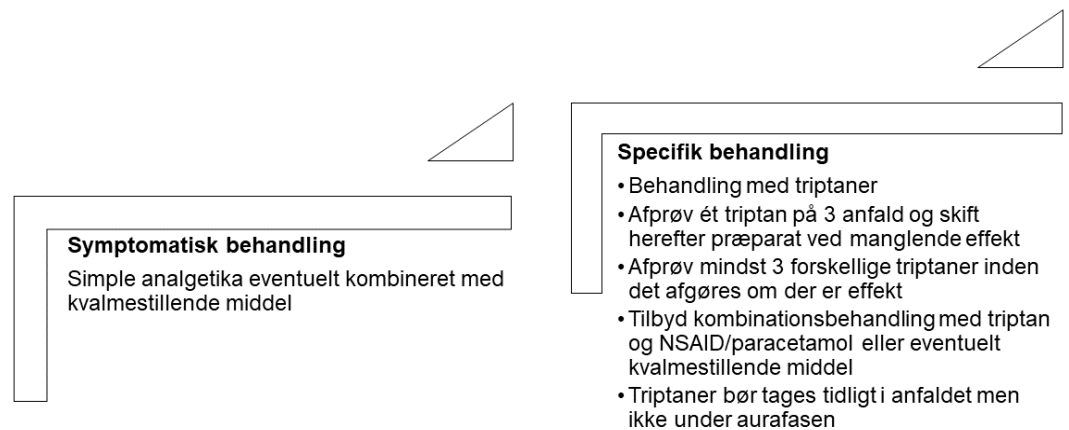
Medicinsk behandling

Den medicinske behandling kan under hele forløbet ofte varetages i almen praksis, med mindre der er tale om kompliceret migræne eller migræne, som ikke reagerer på flere forsøg med forebyggende behandling. Det anbefales, at der i forbindelse med opstart af behandlingen samt præparatskift føres hovedpinedagbog for at vurdere effekt og fremme compliance. Der bør løbende være fokus på risikoen for MOH. Ofte må man forsøge flere præparater, før man finder det mest effektive.

Overordnede anbefalinger for den medicinske behandling er beskrevet nedenfor, og der henvises til referenceprogrammet fra Dansk Hovedpine Selskab (DHS) for en mere detaljeret vejledning vedrørende den medicinske behandling.

Akut medicinsk behandling

Alle migrænepatienter bør have adgang til akut medicin. Der anbefales en trinvis afprøvning som beskrevet nedenfor (Figur 6), hvor man behandler tre anfald på hvert trin, før man går videre til det næste.



Figur 6: Akut medicinsk behandling af migræne

Ved kvalme og/eller opkastninger kan i stedet benyttes Sumatriptan næsespray eller injektion. Svage smertestillende lægemidler bør højst benyttes i 14 dage og triptaner i højst 9 dage per måned for at undgå MOH. De almindeligste bivirkninger ved brug af triptaner er trykkende fornemmelse i brystet, kvalme, føleforstyrrelser og træthed. Triptaner er bl.a. kontraindiceret ved ukontrolleret hypertension, iskæmiske hjertelidelser, tidligere cerebrale infarkter og perifere vaskulære lidelser, og forsigtighed bør udvises ved behandling af patienter over 65 år. Særlige forhold gælder for gravide og ammende.

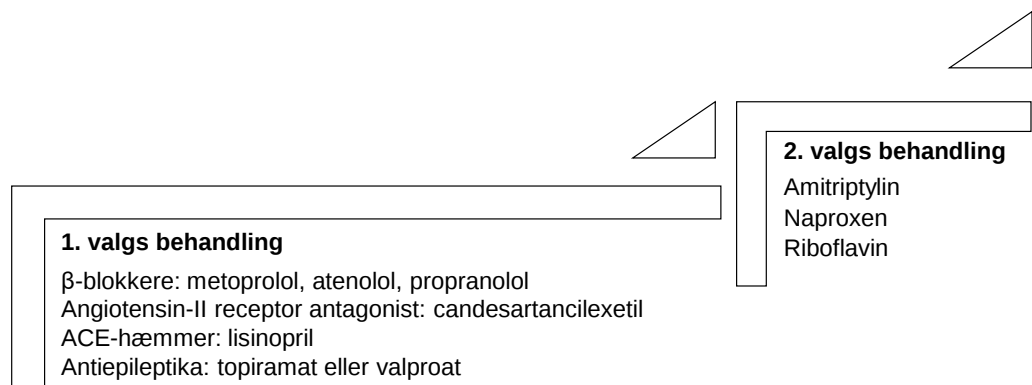
Forebyggende medicinsk behandling

Det anbefales at overveje forebyggende behandling, hvis patienten har hyppige anfald, eller i øvrigt hvis der er dårlig effekt af anfaldsmedicin. Derudover overvejes forebyggende behandling, hvis patientens funktionsevne er betydeligt begrænset på grund af mi-

grænen, eller hvis der er hyppige eller meget langvarige aura-symptomer. Erfaringsmæssigt har forebyggende behandling dårlig effekt på aurasymptomer uden efterfølgende hovedpine.

Der findes mange forskellige slags forebyggende præparater, og det anbefales at følge vejledningen fra referenceprogrammet fra Dansk Hovedpine Selskab med henblik på præparatvalg, bivirkninger og kontraindikationer [1]. Inden forebyggende behandling forsøges, anbefales det at informere patienten grundigt om formål og bivirkninger, samt at foretage en forventningsafstemning i forhold til behandlingen. Behandlingen anses som virkningsfuld, hvis migræneanfaldene kan halveres, uden at der opstår bivirkninger. MOH skal være behandlet inden forebyggende behandling forsøges.

Nedenfor findes en vejledende oversigt over forebyggende præparater (Figur 7).



Figur 7: Forebyggende behandling af migræne

Den forebyggende behandling bør forsøges i minimum 2-3 mdr. på fuld dosis, før det endeligt kan vurderes, om der er effekt (med mindre det ikke tolereres på grund af bivirkninger). Manglende effekt af en type forebyggende behandling udelukker ikke, at der kan være effekt af andre typer forebyggende behandling. Det anbefales som en tommelfingerregel, at man i almen praksis forsøger to slags forebyggende behandling i fuld dosering (medmindre der er uacceptable bivirkninger), inden der henvises til specialiseret behandlingstilbud.

Ved kronisk migræne er der evidens for effekt af topiramat og behandling med injektion med botulinum toxin (botox-behandling) kan også overvejes [63]. Dette kræver henvisning til specialiseret behandling.

Erenumab er et nyt lægemiddel udviklet specifikt med henblik på at forebygge migræne (CGRP-antistof) og er indiceret til forebyggende behandling af migræne hos personer med mindst fire dage med migræne pr. måned. Medicinrådet anbefaler, at Erenumab forsøges til patienter med kronisk migræne, som tidligere har forsøgt 2 behandlinger uden effekt, og hvor man tidligere ville tilbyde botox-behandling.

6.7.3. Klyngehovedpine

Patienter med klyngehovedpine bør henvises til behandling i speciallægepraksis eller til ét af landets hovedpinecentre. På grund af smerteintensiteten anbefales akut henvisning. Klyngehovedpine er en meget invaliderende hovedpinesygdom, men de fleste reagerer godt på behandlingen. Det er derfor vigtigt at få stillet diagnosen og iværksat behandling så tidligt som muligt.

Ikke-medicinsk behandling

Ikke-medicinske indsatser til patienter med klyngehovedpine kan være relevant, hvis der er samtidig spændingshovedpine eller psykosociale faktorer, som påvirker patienten, men derudover er den medicinske behandling den primære hos denne gruppe af patienter.

Medicinsk behandling (specialist behandling)

Anfaldsbehandling med ilt 10-12 liter/minut på maske i 10-20 minutter er effektiv hos 2/3 af alle patienter. Iltbehandling er uden bivirkninger, kan installeres i hjemmet og kan bruges ubegrænset. Alternativt kan migræne medicin, f.eks. sumatriptan som injektion, benyttes.

De fleste patienter har brug for forebyggende behandling i klyngeperioderne, f.eks. calcium-antagonist (verapamil), prednisolon eller blokade af n. occipitalis major.

6.7.4. Medicinoverforbrugshovedpine (MOH)

MOH er til stede hos mere end halvdelen af alle patienter med kronisk hovedpine [10], og medicinsanering fører til en forbedring af hovedpinen hos 72-74 % af patienterne [64]. Det er derfor vigtigt, at diagnosen altid overvejes hos patienter med kronisk hovedpine, og at medicinsanering forsøges som det første. Vigtigste elementer i behandlingen er undervisning, støtte og information. Dernæst seponering af al smertestillende medicin.

I forbindelse med medicinsanering er det vigtigt med støtte og forståelse fra pårørende, arbejdsgiver og egen læge. En sygemelding på 2-3 uger vil ofte være at anbefale. Viderehenvisning til specialfunktion og eventuel indlæggelse på neurologisk afdeling kan være nødvendig, hvis forsøg på medicinsanering i almen praksis eller hos praktiserende neurolog ikke lykkes, eller hvis der er brug af opioider eller komorbide sygdomme.

Ikke-medicinsk behandling

I almen praksis og hos praktiserende neurologer kan medicinsanering iværksættes med metoden MOH Brief Intervention, og ved manglende effekt eller hos patienter med komplicerede problemstillinger kan henvises til medicinsanering på specialiseret afdeling. MOH Brief Intervention er en ikke-medicinsk behandling af mennesker med MOH. Metoden er baseret på et studie fra Norge, der viser, at en simpel intervention bestående af en samtale med egen læge/neurolog og et totalt medicinstop i to måneder kan føre til en markant reduktion i hovedpinedage samt medicinforbrug. Dette resulterer i, at hovedpi-

nen vender tilbage til en episodisk form, der er mindre invaliderende og nemmere at forebygge og behandle [65], [66]. MOH Brief Intervention vil blive introduceret til praktiserende neurologer og praktiserende læger i løbet af 2019 og er et kvalitetssikringsprojekt, der udføres som et samarbejde mellem Nationalt Videnscenter for Hovedpine og Dansk Hovedpinecenter. Grundlæggende principper vises i Figur 8.



Figur 8: Principper for MOH Brief Intervention

Efter afsluttet medicinsanering revurderes hovedpinediagnosen. Da patienter med MOH hyppigt har samtidig depression og/eller angst [67], anbefales det at undersøge, om der er psykiske problemstillinger og overveje indikation for behandling af disse. Øvrige ikke-medicinske indsatser kan overvejes på baggrund af en individuel klinisk vurdering.

Medicinsk behandling

Nødmedicin kan overvejes med henblik på at sikre søvn under medicinsaneringen ved svære hovedpineanfald f.eks. levomepromazin 12,5 mg eller promethazin 25 mg p.n. i max 14 dage.

6.7.5. Kronisk posttraumatisk hovedpine (PTH)

Kronisk PTH opstår i forløbet efter et mildt hjernetraume, og diagnosen kan stilles, hvis patienten fortsat har hovedpine 3 måneder efter traumet.

Symptomerne kan både være forenelige med migræne og med kronisk spændingshovedpine. Der kan være et betydeligt overlap med post-commotio syndrom, og det er derfor vigtigt, at anamnesen er grundig. Patienter med kronisk PTH kan således have andre symptomer end hovedpine såsom hurtig udtrætning, koncentrations- og hukommelsesbesvær, synsvanskeligheder, svimmelhed og overfølsomhed over for støj og lys. Patien-

ter med vedvarende funktionsevnebegrænsende post-traumatisk hovedpine (> 3 måneder) bør henvises til neurologisk udredning. Hvis der er mistanke om kognitiv dysfunktion anbefales tidlig henvisning til neurologisk vurdering.

Patienter med kronisk PTH kan behandles på de tværfaglige hovedpineklinikker, men erfaringsmæssigt er patienterne vanskelige at behandle, og der mangler multidisciplinære behandlingstilbud til patienter med post-commotio syndrom, hvor PTH kun udgør en del af symptomkomplekset. Da patienterne ofte vil have behov for en tværsektoriel indsats anbefales det, at man på regionalt niveau udarbejder en samlet beskrivelse af patientforløbet for gruppen af patienter med langvarige følger efter hjernerystelse. Et eksempel er Region Hovedstaden, hvor man har udarbejdet en forløbsbeskrivelse til praktiserende læger for patienter med følger efter hjernerystelse, og samtidig findes informationsmateriale på nettet målrettet patientgruppen.

Der er fortsat begrænset evidens for, hvilke medicinske og ikke-medicinske behandlingsmuligheder man bør anbefale til patienterne, og de aktuelle anbefalinger for, hvordan patienter med kronisk PTH skal behandles, er baseret på den foreløbige evidens og klinisk konsensus blandt fagpersoner [1], [3], [68]. Dansk Center for Hjernerystelse er påbegyndt udarbejdelsen af en National Klinisk Retningslinje, som vil indeholde en systematisk gennemgang af effekten af ikke-medicinske behandlingsmuligheder til patienter med post-commotio syndrom og resultaterne af denne afventes.

Det anbefales, at patienter med kronisk PTH med vedvarende funktionsevnebegrænsning undersøges ved speciallæge i neurologi eller på neurologisk afdeling med henblik på præcisering af diagnosen. Den overordnede tilgang til behandlingen af posttraumatisk hovedpine er: (i) at anbefale iværksættelse af ikke-medicinske indsatser på baggrund af en individuel vurdering af patientens samlede helbredssituation og (ii) at bestemme den primære (eller sekundære) hovedpinetype, som ligner patientens symptomer og derefter anvende behandlingsstrategier, der tager sigte på at behandle den pågældende hovedpine-subtype [69].

Der skal være særlig opmærksomhed på risikoen for MOH, og medicinsanering bør iværksættes, inden øvrig behandling påbegyndes.

Ikke-medicinsk behandling

Det anbefales, at den ikke-medicinske behandling planlægges på baggrund af patientens samlede helbredsmæssige situation. Den foreløbige evidens tyder på, at der er bedst effekt af tværfaglige behandlingsforløb til patienter med kronisk PTH – særligt hvis patienten også har andre symptomer [70]. Et eksempel på et tværfagligt behandlingsforløb til patienter med posttraumatisk hovedpine/post-commotio syndrom er vist i boks 6.

Boks 6. Et eksempel på et tværfagligt behandlingsforløb til patienter med persisterende symptomer på post-commotionelt syndrom

Center for Hjerneskade har i et randomiseret kontrolleret forsøg undersøgt effekten af et specialiseret tværfagligt rehabiliteringsforløb (22-ugers program, der kombinerer individuel og gruppebaseret neuropsykologisk behandling med træning og fysioterapi) sammenlignet med den sædvanlige behandling, der tilbydes af kommunerne (89 forsøgsdeltagere). Der blev blandt andet målt på post-commotio symptomer, påvirkning af hovedpine på funktionsevne, depressionssymptomer og træthed/udtrætning på undersøgelsestidspunktet efter behandling og seks måneder efter behandling

Patienter, som gennemgik et specialiseret tværfagligt behandlingsprogram, oplevede efter seks måneder i mindre grad, at hovedpine påvirkede funktionsevnen end patienter i kontrolgruppen, og der var også signifikant effekt på de øvrige effektmål[70].

Kilde: Rytter HM, Westenbaek K, Henriksen H, Christiansen P, Humle F. Specialized interdisciplinary rehabilitation reduces persistent post-concussive symptoms: a randomized clinical trial. *Brain Inj.* 2019;33(3):266-281

Der er fortsat begrænset viden om, hvilke ikke-medicinske indsatser, der er bedst evidens for, og behandlingsforløbet vil derfor ofte planlægges på baggrund af en klinisk vurdering af udfordringerne hos den enkelte patient. Flere systematiske reviews har forsøgt at undersøge effekten af psykologisk behandling med CBT, men de foreløbige studier er meget heterogene, og kvaliteten er lav, hvorfor det ikke er muligt at konkludere noget entydigt om effekten af CBT [71], [72]. Hvis der er samtidig depression- eller angst, anbefales det at overveje behandling med kognitiv terapi. Øvrige ikke-medicinske indsatser overvejes efter samme principper som ved spændingshovedpine.

Medicinsk behandling

I forhold til den medicinske behandling anbefales det at lade sig vejlede af hovedpine-typer. Hvis patienten har migræne-lignende hovedpine, kan forebyggende migræne-medicin forsøges, og hvis hovedpinen er af spændingstype kan amitriptylin forsøges som forebyggende behandling. Der er dog aktuelt ingen evidens for effekten af medicinsk behandling på kronisk PTH, hvorfor behandlingen bør baseres på principper om god klinisk praksis. Patienterne bør bruge svage smertestillende lægemidler under 14 dage per måned på grund af risiko for MOH.

7. Henvisning og kommunikation

Sundhedsstyrelsen anbefaler:

- At egen læge henviser til udredning og behandling hos praktiserende speciallæge i neurologi eller neurologisk afdeling hvis:
 - patienten har klyngehovedpine
 - egen læge på trods af diagnostiske værktøjer er i tvivl om diagnosen
 - egen læge har mistanke om alvorlig sekundær hovedpine (akut henvisning til neurologisk afdeling)
 - patienten har utilfredsstillende effekt af forsøg med mindst 2 typer af forebyggende behandling
 - patienten har MOH, som ikke kan behandles i almen praksis
 - patienten har andre sygdomme, som komplicerer behandlingen
- At der henvises til sundhedssamtale i kommunen, når egen læge finder, at patienten ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold kan have gavn af et forebyggelsestilbud
- At der overvejes henvisning til fysioterapeut eller kiropraktor, hvis der vurderes at være muskuloskeletale forhold, der kan have indflydelse på hovedpinesygdommen
- At der overvejes henvisning til privatpraktiserende psykolog med udgangspunkt i tilskudsordningen til psykologbehandling, hvis patienten har samtidig depression eller angst

7.1. Henvisning fra almen praksis

Fra almen praksis kan sendes henvisning til neurologiske afdelinger, praktiserende speciallæger i neurologi, fysioterapeut, kiropraktor, psykolog og kommunale tilbud¹¹.

¹¹ Der kræves ikke henvisning fra egen læge for at få offentligt tilskud til kiropraktik.

7.1.1. Henvisning til praktiserende speciallæge i neurologi eller neurologisk afdeling

Patienten bør henvises til specialiseret udredning og behandling hvis [1]:

- Patienten har nyopdaget klyngehovedpine eller kendt klyngehovedpine, som ikke reagerer på vanlig behandling (akut henvisning)
- Der trods brug af diagnostiske værktøjer er usikkerhed om diagnosen
- Der er utilfredsstillende effekt af forsøg med mindst to typer af forebyggende behandling mod migræne og spændingshovedpine
- Patienten har MOH, som ikke har kunnet behandles i almen praksis
- Patienten har komorbide sygdomme som kræver specialistbehandling
- Der er risikofaktorer for hjerte-kar-lidelser, og patienten skal behandles med triptaner (kardiologisk vurdering)

Hvis der er mistanke om alvorlig sekundær hovedpine, skal patienten henvises akut til neurologisk afdeling – f.eks. i tilfælde af:

- Undersøgelse er nødvendig for at udelukke alvorlig patologi
- Nyopstået tordenskraldshovedpine (intens eller "eksplosiv" hovedpine)
- Nyopstået hovedpine hos en patient over 50 år
- Nyopstået hovedpine hos en patient med tidligere cancer, HIV-infektion eller immundefekt
- Ændret eller langvarig migræneaura
- Mistanke om transitorisk cerebralt infarkt (TCI)
- Hovedpine med progressiv forværring over uger eller måneder
- Hovedpine forbundet med skift af hovedstilling
- Hovedpine ledsaget af uforklarlig feber eller uforklarlige objektive udfald

Henvisningen bør som minimum indeholde oplysning om: Sygdomshistorie samt evt. komorbiditet, relevante kliniske fund, medicin, evt. laboratoriesvar og telefonnummer på henvisende læge (af hensyn til kontaktmuligheder)

7.1.2. Henvisning til kommunale tilbud

Henvisning til kommunale sundheds- og forebyggelsestilbud sker som en henvisning til en afklarende sundhedssamtale i kommunen, når den praktiserende læge vurderer, at patienten ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold kan have gavn af et/flere forebyggelsestilbud [15]. I vurderingen bør patientens fysiske, psykiske og sociale situation, ressourcer, herunder egenomsorg, motivation og præferencer medtænkes, ligesom truet arbejdsmarkedstilknytning for de erhvervsaktive bør give anledning til overvejelse om henvisning. Se kapitel 4.3.4.

7.1.3. Henvisning til fysioterapeut

Henvisning til vurdering hos fysioterapeut overvejes, hvis der vurderes at være muskuloskeletale forhold, der kan have indflydelse på hovedpinesygdommen, så som nakkesmerter, smerter i tinding eller kæberegion eller uhensigtsmæssig kropsholdning, eller

hvis patienten generelt er fysisk inaktiv grundet hovedpine eller har en uhensigtsmæssig smerteadfærd (fear-avoidance adfærd) [73]–[75]. Offentligt tilskud til fysioterapibehandling kræver henvisning fra egen læge.

7.1.4. Henvisning til kiropraktor

Henvisning til kiropraktor overvejes, hvis der vurderes at være muskuloskeletale forhold, der kan have indflydelse på hovedpinesygdommen, så som nakkesmerter, smerter i tinding eller kæbereregion eller uhensigtsmæssig kropsholdning. Patienten kan dog også selv henvende sig og modtage offentligt tilskud til kiropraktorbehandling uden henvisning fra egen læge.

7.1.5. Henvisning til psykolog

Henvisning til privatpraktiserende psykolog med udgangspunkt i tilskudsordningen til psykologbehandling anbefales, hvis patienten har samtidig depression eller angst.

7.1.6. Henvisning fra neurologisk afdeling eller praktiserende speciallæge

Hvis den patientansvarlige læge på neurologisk afdeling vurderer, at patienten ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold kan have gavn af kommunale forebyggelsestilbud, kan patienten henvises til en afklarende samtale i kommunen om relevante forebyggelses- og rehabiliteringstilbud [15]. Henvisningen sendes elektronisk via XREF15/REF01. Praktiserende speciallæger kan ikke henvise direkte til de kommunale tilbud, og de anbefales derfor at kontakte patientens praktiserende læge med henblik på henvisning til kommunale forebyggelsestilbud.

7.1.7. Henvisning fra kiropraktor

Kiropraktorer har som led i udredning mulighed for henvisning til udvalgte diagnostiske undersøgelser på sygehus. Henvisningen kan ske som led i udredning af smertetilstanden eller i forbindelse med manglende forventet effekt af igangsat behandling. Henvisningen skal ske ud fra gældende faglige retningslinjer.

7.2. Kommunikation og planlægning mellem aktører

Kommunikation på tværs af sektorer og faggrupper sikrer sammenhæng i patientforløbet og skal altid ske med patientens samtykke. Det anbefales, at kommunikation primært sker elektronisk, og at der løbende arbejdes på at udarbejde digitale løsninger, som kan forenkle den tværsektorielle kommunikation og planlægning. Hos patienter med hovedpinesygdomme indsamles data, som er nødvendige for at stille en diagnose og monitorere behandlingseffekten. Det anbefales derfor, at der arbejdes på digitale løsninger, hvor patienten kan opsamle og dele data fra eget hjem, og hvor patientens data kan overleveres, når patientansvaret skifter mellem sektorer.

7.2.1. Almen praksis

Almen praksis er oftest det centrale omdrejningspunkt for patientens forløb, og en betingelse for at almen praksis kan opretholde tovholderfunktionen er, at der sker en løbende tilbagemelding til almen praksis, når patienten behandles hos andre aktører i sundhedsvæsenet.

7.2.2. Fysioterapeut

Der gives tilbagemelding til patientens praktiserende læge med patientens samtykke. Tilbage melding kan ske ved en epikrise, korrespondanceskrivelse eller telefonkontakt. Det anbefales, at tilbagemeldingen indeholder information om vigtige kliniske fund eller fund, som kan have betydning for det fremtidige forløb, forløbet hos fysioterapeuten (særligt hvis forløbet har været komplekst eller afvejet fra forventet forløb), forholdsregler som fysioterapeuten har anbefalet patienten at følge, samt informationer som kan være vigtige i forhold til det tværfaglige behandlingsforløb. Hvis det vurderes, at patienten kunne profitere af kommunale sundhedstilbud, kan det enten formidles til almen praksis eller patienten kan opfordres til selv at kontakte kommunens visitation. Opfordres patienten til selv at opsøge kommunale indsatser, bør den praktiserende læge informeres efter samtykke fra patienten. Gensidig information mellem aktørerne er særlig vigtigt, hvis patienten i længere tid har parallelle forløb. I tilfælde hvor det vurderes, at patienter har behov for en tværsektoriel behandlingsindsats, bør kommune og fysioterapeut have tæt dialog. Der kan være tilfælde, hvor det fysioterapeutiske tilbud bedre løftes i kommunalt regi, eller hvor kommunen og den praktiserende fysioterapeut indgår et tættere samarbejde om den enkelte patient.

7.2.3. Kiropraktor

Det anbefales, at der gives tilbagemelding til patientens praktiserende læge med patientens samtykke. Dette kan ske ved en epikrise, korrespondanceskrivelse eller telefonkontakt. Tilbage melding fx i form af epikrise bør indeholde: Diagnose, kort resumé, symptomer, kliniske fund og behandlingsforløb, forholdsregler eller rådgivning, som er givet til patienten, samt øvrige informationer som kan være vigtige i forhold til det tværfaglige behandlingsforløb. Det anbefales, at det af epikrisen fremgår, om egen læge bør følge op på forløbet. Kiropraktorer skal endvidere, som et led i gældende overenskomst, orientere den praktiserende læge ved henvisning til billeddiagnostik på sygehus.

Hvis det vurderes, at patienten kunne profitere af kommunale sundhedstilbud, kan det enten formidles til almen praksis, eller patienten kan opfordres til selv at kontakte kommunens visitation. Gensidig information mellem aktørerne er særlig vigtigt, hvis patienten i længere tid har parallelle forløb.

7.2.4. Psykolog

Psykologen skal udfærdige en epikrise efter hvert afsluttet klientforløb i forbindelse med tilskud. Psykologen skal anføre begrundelse, og hvad der forventes opnået, hvis der er brug for genhenvisning.

7.2.5. Praktiserende speciallæge i neurologi eller neurologisk afdeling

Efter et forløb hos en praktiserende speciallæge i neurologi eller på neurologisk afdeling, hovedpineklínik eller tværfagligt hovedpinecenter sendes en epikrise til almen praksis, som skal indeholde en opfølgningsplan for det fortsatte forløb.

7.2.6. Kommuner

Kommunen bør altid sende en tilbagemelding til almen praksis. Der skal være opmærksomhed på, at indsatserne i og på tværs af de kommunale forvaltninger koordineres.

8. Opfølgning

Sundhedsstyrelsen anbefaler:

- At opfølgning i almen praksis planlægges ud fra en individuel klinisk vurdering, samt at hovedpinedagbog eller hovedpinekalender benyttes i forbindelse med opstart af behandling for at monitorere behandlingseffekten og medicinforbruget
- At opfølgning i almen praksis planlægges ved opstart af medicinsk behandling, eller hvis den medicinske behandling ændres væsentligt
- At der planlægges tæt og længerevarende opfølgning, hvis patienten behandles for MOH, aktiv klyngehovedpine, har svær funktionsevnebegrænsning, er sygemeldt eller har truet arbejdsmarkedstilknnytning
- At patienten, i forbindelse med et forløb på neurologisk afdeling, tildeles en patientansvarlig læge, hvis der er tale om et længerevarende eller kompliceret behandlingsforløb

Opfølgning på udredning og behandling af patienter med hovedpine bør tilrettelægges individuelt, da patientgruppen er heterogent sammensat og behovet for opfølgning varierer. Det anbefales, at særligt sårbare patienter og patienter, der er sygemeldte eller i risiko for sygemelding, følges tæt. Patienten bør informeres om at henvende sig ved forværring af hovedpinen eller ved andre væsentlige ændringer.

8.1. Opfølgning i almen praksis

Det anbefales, at alle hovedpinepatienter med vedvarende funktionsevnebegrænsning, som opstartes i medicinsk behandling, eller hvor den medicinske behandling ændres væsentligt, får opfølgende tid i almen praksis for at sikre behandlingseffekt og observere bivirkninger. Brug af hovedpinedagbog eller hovedpinekalender anbefales i forbindelse med opstart af behandling for at monitorere behandlingseffekt og medicinforbrug.

Det anbefales, at alle patienter, som medicinskaneres i forbindelse med MOH, følges tæt og støttes under forløbet. Første opfølgning anbefales efter 2-3 uger, og det anbefales at bruge hovedpinekalender for at registrere symptomer og medicinforbrug under udtrapning. Langvarig opfølgning er vigtig for at forhindre tilbagefald.

Patienter med svær funktionsevnebegrænsning, psykosociale problemer, eller patienter som har flere samtidige fysiske eller psykiske helbredsproblemer, kan have behov for en mere tæt opfølgning. Det bør for denne patientgruppe løbende vurderes, om patientens funktionsevne forværres, og om der er indikation for, at patienten henvises til et kommunalt forebyggelsestilbud eller til et tværfagligt behandlingstilbud. Patienter, der er sygemeldt eller har truet arbejdsmarkedstilknytning, bør tilbydes regelmæssig opfølgning med henblik på at støtte patienten og styrke patientens tilknytning til arbejdsmarkedet.

8.2. Opfølgning hos fysioterapeut

Opfølgning hos fysioterapeut bør foregå efter en individuel vurdering. Opfølgningen består af undersøgelse og samtale samt eventuel instruktion i øvelsestræning, manuel behandling og generel vejledning i fysisk aktivitet. Patienter, som ikke har effekt af behandlingen, bør anbefales at søge egen læge. Der bør løbende være kommunikation med patientens praktiserende læge, blandt andet med henblik på at vurdere, om patienten bør viderehenvises til praktiserende neurolog, sygehus eller kommunalt tilbud.

8.3. Opfølgning hos kiropraktor

Opfølgning hos kiropraktor bør foregå efter en individuel klinisk vurdering. Patienter, som ikke har effekt af behandlingen, bør anbefales at søge egen læge.

8.4. Opfølgning hos psykolog

Opfølgning hos psykolog bør foregå efter en individuel vurdering og løbende aftale mellem patienten og psykologen.

8.5. Opfølgning hos praktiserende neurolog eller neurologisk afdeling

Opfølgning hos praktiserende neurolog eller neurologisk afdeling bør foregå efter en individuel vurdering, men det anbefales, at overordnede kriterier for, hvor ofte og hvor længe patienten bør følges, defineres i de regionale aftaler. Patienter med aktiv klyngehovedpine bør tilbydes tæt opfølgning for at sikre optimal behandling og kontrollere for medicinforgiftning, og patienter med MOH skal ligeledes følges tæt for at sikre, at behandlingen følges. Det bør løbende vurderes, om patienten kan afsluttes til egen læge til fortsat opfølgning og behandling.

Kontinuitet og sammenhæng i patientforløbet bør sikres ved, at alle patienter med et længerevarende eller kompliceret behandlingsforløb, tildes en patientansvarlig læge, som

planlægger behandlingen i samråd med patienten og øvrige personale, formidler kontakten mellem patienten og eventuelt andre relevante behandlere, og giver patienten mulighed for kontakt ved behov [76]. Det anbefales også, at den patientansvarlige læge afslutter patienten til opfølgning hos egen læge, og at egen læge kan komme i kontakt med den patientansvarlige læge, hvis der er behov for rådgivning. I visse tilfælde, eksempelvis hvis behandlingen primært består af ikke-medicinske indsatser, kan andet sundhedsfagligt personale varetage funktionen som patientens primære behandlingskontakt, men det anbefales, at den patientansvarlige læge fortsat har det overordnede overblik over behandlingsforløbet.

Når patienten afsluttes fra neurologisk afdeling, er det vigtigt, at den praktiserende læge orienteres om resultatet af behandlingen, den fremadrettede behandling og varighed og anbefalet opfølgning. Hvis der under udredningen på sygehuset er fundet samtidige fysiske eller psykiske sygdomme, som kræver opfølgning og behandling, skal dette meddeles egen læge.

8.6. Opfølgning i kommunen

Når en borger har afsluttet et forebyggelsestilbud eller et samlet forløb i kommunen, bør behovet for opfølgning vurderes og planlægges. En plan for det videre forløb skal være koordineret og kommunikeret til både borgeren og eventuelt andre involverede aktører og særligt almen praksis, der har tovholderfunktionen.

Når en borger afsluttes fra et forebyggelsestilbud i kommunen, udarbejdes der et elektronisk afslutningsnotat, som sendes til borgerens egen læge. I afslutningsnotatet informerer kommunen om årsagen til forebyggelsestilbuddet og giver et kort resumé af forløbet. Desuden informeres der om, hvad der er aftalt med borgeren fremadrettet. Hvis en borger fra sygehus eller henvender sig selv, sender kommunen også en elektronisk tilbagemelding til almen praksis, men ikke til det henvisende sygehus [15].

9. Monitorering og kvalitetssikring

Sundhedsstyrelsen anbefaler:

- At monitorerings- og kvalitetssikringsarbejdet styrkes på hovedpineområdet med det formål at opnå øget viden om hvilke indsatser, der virker over for hvilke typer af hovedpine, og for derigennem at opnå et samlet kvalitetsløft i behandlingen
- At den tværsektorielle kvalitet i behandling af hovedpinesygdomme løftes f.eks. via nationale kliniske retningslinjer, regionale kliniske kvalitetsdatabaser, program for kvalitetsudvikling i almen praksis samt yderligere effektvurdering af kurser i sygdomsmestring og andre kommunale tilbud

Svag evidens for effekten af ikke-medicinske behandlingstilbud og forebyggelsesindsatser inviterer til, at der iværksættes dataindsamling og forskningsprojekter, som undersøger effekten af disse indsatser i behandlingen af patienter med hovedpinesygdomme, ligesom en systematisk vurdering af den foreliggende evidens på området også må anbefales – eventuelt i regi af en national klinisk retningslinje. Formålet er at opnå et samlet kvalitetsløft i behandlingen. Forudsætningen for at opnå dette er, at vidensdeling på tværs af geografier og sektorer prioriteres.

Et eksempel på datastøttet tværregional og tværsektoriel kvalitetsudvikling er regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Det anbefales, at det overvejes, om der er grundlag for at etablere et nationalt samarbejde med henblik på at undersøge muligheden for at oprette en klinisk kvalitetsdatabase med formålet at støtte en ensartet og evidensbaseret behandling af patienter med vedvarende funktionsbegrænsende hovedpinesygdomme. Forudsætningen herfor er, at en database på området kan leve op til bekendtgørelses- og prioriteringskrav.

Almen praksis indtager en vigtig position i behandlingen af hovedpinesygdomme, og det er derfor vigtigt, at kvalitetsudvikling i særlig grad foregår i almen praksis. Kvalitetsudviklingen kan f.eks. forankres i program for kvalitetsudvikling i almen praksis (KiAP), hvor praktiserende læger indgår i faglige fællesskaber (klynger), som mødes og arbejder med kvalitetsdata og kvalitetsudvikling¹². De enkelte regioner stiller en række lokale tilbud til rådighed for klyngerne, herunder f.eks. forslag til emner som klyngen kan arbejde med som kvalitetsudviklingsprojekt. Det anbefales, at kvalitetsudviklingen også retter sig mod

¹² Mere information om klyngedannelse og kvalitetsudvikling i almen praksis kan findes på <https://kiap.dk/index.php>

andre sundhedsprofessionelle, som arbejder med patienter med funktionsevnebegrænsende hovedpinesygdomme, f.eks. praksissygeplejersker, kiropraktorer og fysioterapeuter.

I kommunerne er der også øget fokus på monitorering og udbredelse af evidensbaserede metoder. Det anbefales, at forebyggelsesindsatser dokumenteres og monitoreres systematisk med inddragelse af relevante indikatorer, således at der løbende kan foretages tilpasninger og forbedringer[15]. Sundhedsstyrelsen har nedsat en arbejdsgruppe, som arbejder med at anbefale relevante kliniske indikatorer til monitorering af området. Nogle af kurserne i sygdomsmestring monitoreres og evalueres løbende. Dette gælder eksempelvis kurser, som udbydes via Komiteen for Sundhedsoplysning, hvor data indsamles og præsenteres i nationale årsopgørelser, ligesom der også både i Danmark og internationalt foretages effektevaluering og løbende evidensbaseret tilpasning af kurserne [33], [77]–[79]. Der er dog manglende viden om langtidseffekter af kurser i sygdomsmestring, og effekten hos borgere med kronisk hovedpine er ikke undersøgt, hvorfor det må anbefales, at fremtidige studier i højere grad evaluerer langtidseffekter og effekt hos specifikke patientgrupper.

10. Referencer

- [1] L. Bendtsen *et al.*, "Referenceprogram-Diagnostik og behandling af hovedpinesygdomme og ansigtssmerter," *Eget Forl.*, pp. 1–71, 2010.
- [2] I. A. Praksis, "Hovedpinesygdomme i almen praksis - Europæiske principper for behandling."
- [3] "Headaches in over 12s: diagnosis and management | Guidance and guidelines | NICE."
- [4] D. E. N. N. Sundhedsprofil, *Danskernes sundhed*. 2017.
- [5] S. Ashina, L. Bendtsen, A. C. Lyngberg, R. B. Lipton, N. Hajjiyeva, and R. Jensen, "Prevalence of neck pain in migraine and tension-type headache: A population study," *Cephalalgia*, vol. 35, no. 3, pp. 211–219, Mar. 2015.
- [6] A. C. Lyngberg, B. K. Rasmussen, T. Jørgensen, and R. Jensen, "Has the prevalence of migraine and tension-type headache changed over a 12-year period? A Danish population survey.," *Eur. J. Epidemiol.*, vol. 20, no. 3, pp. 243–9, 2005.
- [7] Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS), "The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version)," *Cephalalgia*, vol. 33, no. 9, pp. 629–808, Jul. 2013.
- [8] M. Fischera, M. Marziniak, I. Gralow, and S. Evers, "The Incidence and Prevalence of Cluster Headache: A Meta-Analysis of Population-Based Studies," *Cephalalgia*, vol. 28, no. 6, pp. 614–618, Jun. 2008.
- [9] N. Lund, M. Barloese, A. Petersen, B. Haddock, and R. Jensen, "Chronobiology differs between men and women with cluster headache, clinical phenotype does not.," *Neurology*, vol. 88, no. 11, pp. 1069–1076, Mar. 2017.
- [10] M. L. Westergaard, C. Glümer, E. H. Hansen, and R. H. Jensen, "Medication overuse, healthy lifestyle behaviour and stress in chronic headache: Results from a population-based representative survey," *Cephalalgia*, vol. 36, no. 1, pp. 15–28, Jan. 2016.
- [11] B. K. Rasmussen and J. Olesen, "Symptomatic and nonsymptomatic headaches in a general population.," *Neurology*, vol. 42, no. 6, pp. 1225–31, Jun. 1992.
- [12] K. Aaseth, R. Grande, K. Kvårner, P. Gulbrandsen, C. Lundqvist, and M. Russell, "Prevalence of Secondary Chronic Headaches in a Population-Based Sample of 30-44-Year-Old Persons. The Akershus Study of Chronic Headache," *Cephalalgia*, vol. 28, no. 7, pp. 705–713, Jul. 2008.

- [13] D. Kjeldgaard, H. Forchhammer, T. Teasdale, and R. H. Jensen, "Chronic post-traumatic headache after mild head injury: A descriptive study," *Cephalalgia*, vol. 34, no. 3, pp. 191–200, Mar. 2014.
- [14] L. H. Nordhaug *et al.*, "Headache following head injury: a population-based longitudinal cohort study (HUNT)," *J. Headache Pain*, vol. 19, no. 1, p. 8, Dec. 2018.
- [15] Sundhedsstyrelsen, "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom," 2016.
- [16] Kommunernes landsforening, "Almen praksis henvisning til kommunale forebyggelsestilbud (2014-2017)," 2018.
- [17] J. H. Andersen, T. Thorsen, and M. B. Kousgaard, "Samarbejde mellem kommuner og almen praksis om henvisning til kommunale sundhedstilbud for patienter med kroniske sygdomme," 2014.
- [18] S. Axel and H. Gade, *Vejledning og principper for udarbejdelse af praksisplaner for almen praksis*. 2013.
- [19] "Sundhedsstyrelsens specialevejledning for Neurologi Specialevejledning for Neurologi," 2019.
- [20] R. Jensen *et al.*, "A basic diagnostic headache diary (BDHD) is well accepted and useful in the diagnosis of headache. a multicentre European and Latin American study.," *Cephalalgia*, vol. 31, no. 15, pp. 1549–60, Nov. 2011.
- [21] "ICHD-3."
- [22] WHO, "How to use the ICF: a practical manual," 2013.
- [23] MarselisborgCentret., *ICF - den danske vejledning og eksempler fra praksis / international klassifikation af funktionsevne, funktionsnedsættelse og helbredstilstand*. Sundhedsstyrelsen, 2005.
- [24] M. Leonardi, T. J. Steiner, A. T. Scher, and R. B. Lipton, "The global burden of migraine: measuring disability in headache disorders with WHO's Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).," *J. Headache Pain*, vol. 6, no. 6, pp. 429–440, Dec. 2005.
- [25] R. Jensen, P. Zeeberg, C. Dehlendorff, and J. Olesen, "Predictors of outcome of the treatment programme in a multidisciplinary headache centre," *Cephalalgia*, vol. 30, no. 10, pp. 1214–1224, Oct. 2010.
- [26] A. M. Shah, L. Bendtsen, P. Zeeberg, and R. H. Jensen, "Reduction of Medication Costs After Detoxification for Medication-Overuse Headache," *Headache J. Head Face Pain*, vol. 53, no. 4, pp. 665–672, Apr. 2013.

- [27] S. Sahai-Srivastava, E. Sigman, A. Uyeshiro Simon, L. Cleary, and L. Ginoza, "Multidisciplinary Team Treatment Approaches to Chronic Daily Headaches," *Headache J. Head Face Pain*, vol. 57, no. 9, pp. 1482–1491, Oct. 2017.
- [28] C. Gaul, E. Liesering-Latta, B. Schäfer, G. Fritsche, and D. Holle, "Integrated multidisciplinary care of headache disorders: A narrative review," *Cephalalgia*, vol. 36, no. 12, pp. 1181–1191, Oct. 2016.
- [29] Sundhedsstyrelsen, "Patientuddannelse - en medicinsk teknologivurdering," 2012.
- [30] Sundhedsstyrelsen, "Kvalitetssikring af patientuddannelse," 2012.
- [31] K. R. Lorig, D. S. Sobel, P. L. Ritter, D. Laurent, and M. Hobbs, "Effect of a self-management program on patients with chronic disease.," *Eff. Clin. Pract.*, vol. 4, no. 6, pp. 256–262, 2001.
- [32] K. R. Lorig *et al.*, "Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes.," *Med. Care*, vol. 39, no. 11, pp. 1217–1223, Nov. 2001.
- [33] J. Franek, "Self-management support interventions for persons with chronic disease: an evidence-based analysis.," *Ont. Health Technol. Assess. Ser.*, vol. 13, no. 9, pp. 1–60, 2013.
- [34] S. M. LeFort, K. Gray-Donald, K. M. Rowat, and M. E. Jeans, "Randomized controlled trial of a community-based psychoeducation program for the self-management of chronic pain.," *Pain*, vol. 74, no. 2–3, pp. 297–306, Feb. 1998.
- [35] M. Mehlsen, E. Ørnsbøl, L. Frostholm, and P. Fink, "Lær at tackle kroniske smerter - En randomiseret kontrolleret effektevaluering umiddelbart efter kurset og ved en fem måneders opfølgning," 2015.
- [36] M. M. Veehof, M.-J. Oskam, K. M. G. Schreurs, and E. T. Bohlmeijer, "Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis," *PAIN®*, vol. 152, no. 3, pp. 533–542, Mar. 2011.
- [37] K. E. J. Hann and L. M. McCracken, "A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy," *J. Context. Behav. Sci.*, vol. 3, no. 4, pp. 217–227, Oct. 2014.
- [38] K. Probyn *et al.*, "Non-pharmacological self-management for people living with migraine or tension-type headache: a systematic review including analysis of intervention components.," *BMJ Open*, vol. 7, no. 8, p. e016670, Aug. 2017.
- [39] A. C. de C. Williams, C. Eccleston, and S. Morley, "Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults," *Cochrane Database Syst. Rev.*, vol. 11, p. CD007407, Nov. 2012.
- [40] H. J. Lee, J. H. Lee, E. Y. Cho, S. M. Kim, and S. Yoon, "Efficacy of psychological

- treatment for headache disorder: a systematic review and meta-analysis.," *J. Headache Pain*, vol. 20, no. 1, p. 17, Feb. 2019.
- [41] Y. Nestoriuc, W. Rief, and A. Martin, "Meta-analysis of biofeedback for tension-type headache: Efficacy, specificity, and treatment moderators.," *J. Consult. Clin. Psychol.*, vol. 76, no. 3, pp. 379–396, Jun. 2008.
 - [42] Y. Nestoriuc and A. Martin, "Efficacy of biofeedback for migraine: A meta-analysis," *Pain*, vol. 128, no. 1, pp. 111–127, Mar. 2007.
 - [43] M. Rausa *et al.*, "Biofeedback in the prophylactic treatment of medication overuse headache: a pilot randomized controlled trial," *J. Headache Pain*, vol. 17, no. 1, p. 87, Dec. 2016.
 - [44] F. Fraser, Y. Matsuzawa, Y. S. C. Lee, and M. Minen, "Behavioral Treatments for Post-Traumatic Headache," *Curr. Pain Headache Rep.*, vol. 21, no. 5, p. 22, May 2017.
 - [45] K. Luedtke *et al.*, "International consensus on the most useful physical examination tests used by physiotherapists for patients with headache: A Delphi study," *Man. Ther.*, vol. 23, pp. 17–24, Jun. 2016.
 - [46] K. Luedtke, A. Allers, L. H. Schulte, and A. May, "Efficacy of interventions used by physiotherapists for patients with headache and migraine—systematic review and meta-analysis," *Cephalalgia*, vol. 36, no. 5, pp. 474–492, Apr. 2016.
 - [47] S. Varatharajan *et al.*, "Are non-invasive interventions effective for the management of headaches associated with neck pain? An update of the Bone and Joint Decade Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) Collaboration.," *Eur. Spine J.*, vol. 25, no. 7, pp. 1971–99, Jul. 2016.
 - [48] L. S. Krøll, C. S. Hammarlund, M. Linde, G. Gard, and R. H. Jensen, "The effects of aerobic exercise for persons with migraine and co-existing tension-type headache and neck pain. A randomized, controlled, clinical trial.," *Cephalalgia*, vol. 38, no. 12, pp. 1805–1816, Oct. 2018.
 - [49] J. Lemmens *et al.*, "The effect of aerobic exercise on the number of migraine days, duration and pain intensity in migraine: a systematic literature review and meta-analysis.," *J. Headache Pain*, vol. 20, no. 1, p. 16, Feb. 2019.
 - [50] G. Bronfort, W. J. Assendelft, R. Evans, M. Haas, and L. Bouter, "Efficacy of spinal manipulation for chronic headache: a systematic review.," *J. Manipulative Physiol. Ther.*, vol. 24, no. 7, pp. 457–466, Sep. 2001.
 - [51] P. M. Rist *et al.*, "The Impact of Spinal Manipulation on Migraine Pain and Disability: A Systematic Review and Meta-Analysis.," *Headache*, vol. 59, no. 4, pp. 532–542, Apr. 2019.
 - [52] K. Linde *et al.*, "Acupuncture for the prevention of tension-type headache,"

Cochrane Database Syst. Rev., vol. 4, p. CD007587, Apr. 2016.

- [53] W. A. Linde K, "Cochrane Database of Systematic Reviews Acupuncture for the prevention of episodic migraine (Review)," 2018.
- [54] G. V Espi-Lopez, C. Rodriguez-Blanco, A. Oliva-Pascual-Vaca, J. C. Benitez-Martinez, E. Lluch, and D. Falla, "Effect of manual therapy techniques on headache disability in patients with tension-type headache. Randomized controlled trial.," *Eur. J. Phys. Rehabil. Med.*, vol. 50, no. 6, pp. 641–647, Dec. 2014.
- [55] Y. Nestoriuc, W. Rief, and A. Martin, "Meta-analysis of biofeedback for tension-type headache: Efficacy, specificity, and treatment moderators.," *J. Consult. Clin. Psychol.*, vol. 76, no. 3, pp. 379–396, Jun. 2008.
- [56] K. Probyn *et al.*, "Non-pharmacological self-management for people living with migraine or tension-type headache: a systematic review including analysis of intervention components," *BMJ Open*, vol. 7, no. 8, p. e016670, Aug. 2017.
- [57] L. Veys, S. Derry, and R. A. Moore, "Ketoprofen for episodic tension-type headache in adults.," *Cochrane database Syst. Rev.*, vol. 9, p. CD012190, Sep. 2016.
- [58] S. Derry, P. J. Wiffen, and R. A. Moore, "Aspirin for acute treatment of episodic tension-type headache in adults.," *Cochrane database Syst. Rev.*, vol. 1, p. CD011888, Jan. 2017.
- [59] G. Stephens, S. Derry, and R. A. Moore, "Paracetamol (acetaminophen) for acute treatment of episodic tension-type headache in adults.," *Cochrane database Syst. Rev.*, no. 6, p. CD011889, Jun. 2016.
- [60] S. Derry, P. J. Wiffen, R. A. Moore, and L. Bendtsen, "Ibuprofen for acute treatment of episodic tension-type headache in adults.," *Cochrane database Syst. Rev.*, no. 7, p. CD011474, Jul. 2015.
- [61] A. Chaibi and M. B. Russell, "Manual therapies for primary chronic headaches: a systematic review of randomized controlled trials.," *J. Headache Pain*, vol. 15, p. 67, Oct. 2014.
- [62] A. Chaibi, P. J. Tuchin, and M. B. Russell, "Manual therapies for migraine: a systematic review.," *J. Headache Pain*, vol. 12, no. 2, pp. 127–133, Apr. 2011.
- [63] C. P. Herd *et al.*, "Botulinum toxins for the prevention of migraine in adults.," *Cochrane Database Syst. Rev.*, no. 6, Jun. 2018.
- [64] H.-C. Diener and V. Limmroth, "Medication-overuse headache: a worldwide problem," *Lancet Neurol.*, vol. 3, no. 8, pp. 475–483, Aug. 2004.
- [65] E. S. Kristoffersen *et al.*, "Brief intervention for medication-overuse headache in primary care. The BIMOH study: a double-blind pragmatic cluster randomised

parallel controlled trial.”

- [66] E. S. Kristoffersen *et al.*, “Brief intervention by general practitioners for medication-overuse headache, follow-up after 6 months: a pragmatic cluster-randomised controlled trial,” *J. Neurol.*, vol. 263.
- [67] F. Radat *et al.*, “Psychiatric Comorbidity in the Evolution From Migraine to Medication Overuse Headache,” *Cephalalgia*, vol. 25, no. 7, pp. 519–522, Jul. 2005.
- [68] S. Marshall *et al.*, “Updated clinical practice guidelines for concussion/mild traumatic brain injury and persistent symptoms,” *Brain Inj.*, vol. 29, no. 6, pp. 688–700, 2015.
- [69] L. Baandrup and R. Jensen, “Chronic post-traumatic headache--a clinical analysis in relation to the International Headache Classification 2nd Edition,” *Cephalalgia*, vol. 25, no. 2, pp. 132–138, Feb. 2005.
- [70] H. M. Rytter, K. Westenbaek, H. Henriksen, P. Christiansen, and F. Humle, “Specialized interdisciplinary rehabilitation reduces persistent post-concussive symptoms: a randomized clinical trial,” *Brain Inj.*, vol. 33, no. 3, pp. 266–281, Feb. 2019.
- [71] K. Bergersen, J. Ø. Halvorsen, E. A. Tryti, S. I. Taylor, and A. Olsen, “A systematic literature review of psychotherapeutic treatment of prolonged symptoms after mild traumatic brain injury,” *Brain Inj.*, vol. 31, no. 3, pp. 279–289, Feb. 2017.
- [72] M. Minen, S. Jinich, and G. Vallespir Ellett, “Behavioral Therapies and Mind-Body Interventions for Posttraumatic Headache and Post-Concussive Symptoms: A Systematic Review,” *Headache J. Head Face Pain*, vol. 59, no. 2, pp. 151–163, Feb. 2019.
- [73] A. K. Black, J. C. Fulwiler, and T. A. Smitherman, “The Role of Fear of Pain in Headache,” *Headache J. Head Face Pain*, vol. 55, no. 5, pp. 669–679, May 2015.
- [74] G. Lucchetti, A. B. Oliveira, J. P. P. Mercante, and M. F. P. Peres, “Anxiety and fear-avoidance in musculoskeletal pain,” *Curr. Pain Headache Rep.*, vol. 16, no. 5, pp. 399–406, Oct. 2012.
- [75] J. D. Rollnik, M. Karst, M. Fink, and R. Dengler, “Coping strategies in episodic and chronic tension-type headache,” *Headache*, vol. 41, no. 3, pp. 297–302, Mar. 2001.
- [76] D. Regioner, “Hvidbog for den patientansvarlige læge marts 2017,” 2017.
- [77] M. Mehlsen, L. Heegaard, and L. Frostholm, “A prospective evaluation of the Chronic Pain Self-Management Programme in a Danish population of chronic pain patients,” *Patient Educ. Couns.*, vol. 98, no. 5, pp. 677–680, May 2015.

- [78] M. Mehlsen, L. Hegaard, E. Ornbol, J. S. Jensen, P. Fink, and L. Frostholm, "The effect of a lay-led, group-based self-management program for patients with chronic pain: a randomized controlled trial of the Danish version of the Chronic Pain Self-Management Programme.," *Pain*, vol. 158, no. 8, pp. 1437–1445, Aug. 2017.
- [79] G. Foster, S. J. C. Taylor, S. E. Eldridge, J. Ramsay, and C. J. Griffiths, "Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions.," *Cochrane database Syst. Rev.*, no. 4, p. CD005108, Oct. 2007.

11. Bilagsfortegnelse

- Bilag 1:** Arbejdsgruppens kommissorium
- Bilag 2:** Medlemsliste for arbejdsgruppen
- Bilag 3:** Litteratursøgning
- Bilag 4:** Antal ambulante patienter i perioden 2008-2017
- Bilag 5:** Oversigt over regionale funktioner og ventetider
- Bilag 6:** Vejledninger og initiativer som er indarbejdet i anbefalingerne
- Bilag 7:** Internationale diagnostiske kriterier for hovedpinesygdomme (ICHD-3)
- Bilag 8:** Hovedpinedagbog og hovedpinekalender

Bilag 1: Arbejdsgruppens kommissorium

Kommissorium for udarbejdelse af anbefalinger for tværsektorielle forløb for personer med hovedpine, herunder migræne

Sundhedsstyrelsen har ifølge Aftale om finansloven for 2018 fået til opgave at udarbejde anbefalinger for tværsektorielle forløb for personer med hovedpine, herunder migræne. Anbefalingerne skal udarbejdes i samarbejde med Nationalt Videnscenter for Hovedpine samt andre relevante parter. Udarbejdelsen af anbefalingerne påbegyndes 2018 med forventet udgivelse medio 2019.

Baggrund

De fleste oplever at have hovedpine, men ofte er den af mild forbigående karakter, hvor der ikke er behov for behandling. Det skønnes, at 8 ud af 10 personer har haft hovedpine i løbet af det sidste år, mens hver tredje på et eller andet tidspunkt i sit liv har søgt læge på grund af hovedpine. Hovedpine kan overordnet inddeles i primær hovedpine, som opstår uden påviselig sygdom (migræne, spændingshovedpine og klyngehovedpine) og sekundær hovedpine, der opstår sekundært til andre tilstande f.eks. feber, hovedskader, blødning i hjernen eller hvis man har drukket meget alkohol. Symptomer på hovedpine kan være trykkende, dunkende, jagende hovedsmerte af varierende varighed, som evt. ledsages af lys- og lydoverfølsomhed, samt kvalme og opkastninger. Langt de fleste personer med hovedpine behandles i primærsektoren og den alment praktiserende læge er nøglepersonen i forhold til at udrede og behandle ukompliceret migræne og spændingshovedpine, samt udrede og viderehenvise personer med klyngehovedpine, kronisk spændingshovedpine og kompliceret migræne til enten speciallæge i neurologi, neurologisk hospitalsafdeling eller til et tværfagligt hovedpinecenter alt efter symptomernes alvorlighed.

De praktiserende speciallæger i neurologi og landets neurologiske afdelinger har derimod til opgave at behandle de tilfælde af migræne og spændingshovedpine, der ikke har kunnet behandles i almen praksis, samt udrede og behandle andre typer af primær og sekundær hovedpine.

De tværfaglige hovedpinecentre, som er placeret på det højeste specialiseringsniveau, har til opgave at diagnosticere og behandle sjældne primære og sekundære hovedpineformer (kronisk klyngehovedpine, patienter med svær komorbiditet, m.v.), samt udrede og behandle hovedpineformer, der hverken har kunnet behandles i almen praksis, hos speciallæge i neurologi eller på neurologisk afdeling. Ventetiderne på behandling hos en specialist for hovedpine- og migrænepatienter på landets hovedpinecentre er lige nu meget lang. I visse tilfælde helt op til to år.

Lægefagligt er indsatsen på hovedpineområdet forankret i Dansk Hovedpine Selskab (DHOS), som har til formål at fremme hovedpineforskning og viden om hovedpine blandt

danske læger og andre ansatte i det danske sundhedsvæsen og i den almindelige befolkning.

DHOS udsendte 2010 Referenceprogram for Diagnostik og behandling af hovedpinesygdomme og ansigtssmerte med det sigte at etablere fælles retningslinjer for diagnosticering, organisering og behandling af de hyppigste primære hovedpinesygdomme i Danmark, samt at beskrive faresignaler for alvorlige livstruende og andre sekundære hovedpinetilstande. Der er planer om at opdatere Referenceprogrammet inden for det kommende år.

Der oprettes desuden som følge af Aftale om finansloven for 2018 et Nationalt Videnscenter for Hovedpine, som har til formål at samle og udbrede ny viden på området i samarbejde med almen praksis.

Formål

Anbefalingerne for tværsektorielle forløb for personer med hovedpine, herunder migræne har overordnet til formål at bidrage til en ensartet praksis af høj kvalitet.

Anbefalingerne omfatter det samlede forløb fra tidlig opsporing, udredning, diagnostik og behandling, til sundhedsfaglig rehabilitering og opfølgning.

Der er således tale om en bred tilgang til hovedpine, herunder migræne, og de organisatoriske udfordringer relateret til sammenhæng i patientforløbet adresseres. Herunder rolle- og ansvarsfordeling indenfor og på tværs af primær-, sekundærsektor og kommunerne.

Mere specifikt kan anbefalingerne for tværsektorielle forløb for personer med hovedpine, herunder migræne indeholde anbefalinger for, hvornår almen praksis bør henvise personer med hovedpine og migræne videre til et specialiseret niveau, herunder anbefalinger til, hvornår behandlingsmulighederne i almen praksis er udtømt.

Anbefalingerne for tværsektorielle forløb for personer med hovedpine, herunder migræne kan også indeholde anbefalinger for, hvornår patienterne bør overgå fra det specialiserede niveau til videre behandling eller opfølgning i almen praksis. I forlængelse heraf anbefalinger til kommunernes rolle og opgaver i forhold til at få patienten i gang igen (rehabilitering) efter behandling på specialiseret niveau. Samt anbefalinger til, hvornår der bør følges op på patienter, som har været i

Endelig kan anbefalingerne også adressere non-farmakologisk og farmakologisk forebyggelse, herunder overmedicinering.

Anbefalingerne for tværsektorielle forløb for personer med hovedpine, herunder migræne bør bygge på eksisterende viden i form af referenceprogrammer, faglige retningslinjer,

europæiske guidelines, nationale kliniske retningslinjer, samt udvalgt litteratur inden for området.

Anbefalingerne bør ligeledes tænkes sammen med behandlingsvejledninger inden for området fra relevante lægevidenskabelige selskaber og særligt den neurologiske Nationale Behandlingsvej fra Dansk Neurologisk Selskab.

Anbefalingerne er relevante for og henvender sig til både kommune, sygehus og almen praksis.

Afgrænsning

Anbefalingerne for tværsektorielle forløb for personer med hovedpine, herunder migræne vil have fokus på primær hovedpine, men kan også indeholde enkelte sekundære hovedpinetyper. Den nærmere afgrænsning af hvilke hovedpinetyper, der skal indgå i anbefalingerne afklares på første møde i arbejdsgruppen.

Anbefalingerne for tværsektorielle forløb for personer med hovedpine dækker personer på 18 år eller derover.

Arbejdsgruppens opgaver

Arbejdsgruppen skal rådgive Sundhedsstyrelsen i forhold til udarbejdelse af anbefalingerne. Arbejdsgruppens primære bidrag består i at drøfte og kvalificere Sundhedsstyrelsen oplæg, især hvad angår:

- Præcisering af patientgrupper i målgruppen
- Udredning og behandling i almen praksis, hos speciallæge, på hospitalet og hovedpine centre.
- Rehabilitering i kommunerne
- Opfølgning og forebyggelse

Arbejdsgruppens sammensætning

Arbejdsgruppens sammensætning skal tilgodese, at der samlet set er den fornødne faglige ekspertise, og at der kan opnås opbakning til den organisatoriske forankring af indsatserne.

Arbejdsgruppen er repræsenteret ved følgende parter:

- Sundhedsstyrelsen (formandskab og sekretariat)
- Dansk Neurologisk Selskab (2). Heraf 1 fra speciallægepraksis
- Dansk Selskab for Almen Medicin (2)
- Nationalt Videnscenter for hovedpine (2)
- Danske Patienter (1)

- Patientrepræsentant (1)
- KL/kommuner (1 + 2)
- Dansk Sygepleje Selskab (1)
- Dansk Selskab for Fysioterapi (1)
- Dansk Kiropraktor Forening (1)
- Danske Regioner/Regioner (1+2)
- Sundheds- og Ældreministeriet (1)

Sundhedsstyrelsen kan indhente yderligere sagkyndig ekspertise.

Sundhedsdatastyrelsen inddrages efter behov.

KL anmodes om at udpege de to kommunale repræsentanter. Danske Regioner anmodes om at udpege de to regionale repræsentanter. Danske Patienter anmodes om at udpege en patientrepræsentant.

Arbejdsgruppens møder

Sundhedsstyrelsen udarbejder oplæg til møderne, som arbejdsgruppen drøfter og kvalificerer. Nationalt Videnscenter for hovedpine bidrager med faglige input før, under og efter møderne.

Efter møder i arbejdsgruppen udarbejder Sundhedsstyrelsen et beslutningsreferat, der udsendes cirka én uge efter mødets afholdelse.

Bilag 2: Medlemmer af arbejdsgruppen

Henrik Stig Jørgensen (Formand)

Centerchef, dr.med., MHM, Sundhedsstyrelsen

Henrik Wulff Christensen, Dansk Selskab for Kiropraktik

Kiropraktor, læge, ph.d. samt adm. Dir. på Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik (NIKKB)

Jens Gram-Hansen, Dansk Selskab for Almen Medicin

Praktiserende læge, Hospitalspraksiskonsulent

Roar Maagaard, Dansk Selskab for Almen Medicin

Praktiserende læge, lektor

Jakob Møller Hansen, Nationalt Videnscenter for Hovedpine

Centerleder, afdelingslæge, MSc., ph.d., Nationalt Videnscenter for Hovedpine

Christel Høst, Nationalt Videnscenter for Hovedpine

Projektkoordinator, Cand.Scient, MPH, Nationalt Videnscenter for Hovedpine

Flemming Bach, Dansk Neurologisk Selskab

Dr.med, Klinisk Professor, Overlæge, Neurologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital

Peter Thede Schmidt-Hansen, Dansk Neurologisk Selskab

Praktiserende speciallæge i neurologi, ph.d., speciallæge i almen medicin

Hanne Johannsen, Migræne & Hovedpineforeningen

Formand, Migræne & Hovedpineforeningen

Susanne Mayntz Kierulff, Migræne & Hovedpineforeningen

Hovedpinepatient, patientrepræsentant

Diana Schultz Knudsen, Dansk Sygepleje Selskab

Sygeplejerske, Smerte og Hovedpineklinikken, Neurologisk Ambulatorium, Aarhus Universitetshospital

Lotte Skytte Krøll, Dansk Selskab for Fysioterapi

Fysioterapeut, ph.d., MPH, Dansk Hovedpine Center, Glostrup Hospital

Lise Holten, Kommunernes Landsforening

Chefkonsulent, KL

Charlotte Haase, kommunerne

Projektleder for tværsektorielt samarbejde om rehabilitering af borgere med apopleksi
Center for Omsorg og Sundhed, Herlev Kommune

Mathilde Amalie Buchwald Jessen, Danske Regioner

Konsulent, Center for Sundhed og Sociale Indsatser, Danske Regioner

Ana Maria Nan, Regionerne

Læge, Klinik Hoved-Orto, Aalborg Universitetshospital

Majbritt Mostrup Pedersen, Regionerne

Psyolog, Smerte- og Hovedpineklinikken, Aarhus Universitetshospital

Simon Møller Salomon, Dansk Psykolog Forening

Psyolog, Dansk Hovedpinecenter, Rigshospitalet, Glostrup

Sekretariat

Vibe Cecilie Ballegaard

Uddannelseslæge, ph.d., Sundhedsstyrelsen

Gry St-Martin

Afdelingslæge, Sundhedsstyrelsen

Kristoffer Lande Andersen

Fuldmægtig, Sundhedsstyrelsen

Bilag 3: Søgeprotokol

Projekttitel/aspekt	Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hovedpinesygdomme
Fagkonsulent /projektleder	Vibe Cecilie Ballegaard, SST/EUB Kristoffer Lande Andersen, SST/EUB
Søgespecialist	Birgitte Holm Petersen, SST/EUB
Senest opdateret	27. november 2018

Baggrund	Sundhedsstyrelsen har ifølge Aftale om finansloven for 2018 fået til opgave at udarbejde anbefalinger for tværsektorielle forløb for personer med hovedpinesygdomme. Anbefalingerne skal udarbejdes i samarbejde med Nationalt Videnscenter for Hovedpine samt andre relevante parter. Udarbejdelsen af anbefalingerne påbegyndes 2018 med forventet udgivelse medio 2019. Anbefalingerne har overordnet til formål at bidrage til en ensartet praksis af høj kvalitet, og omfatter det samlede forløb fra tidlig opsporing, udredning, diagnostik og behandling, til sundhedsfaglig rehabilitering og opfølgning. Der er således tale om en bred tilgang til hovedpine, hvor rolle- og ansvarsfordeling indenfor og på tværs af primær-, sekundærsektor og kommunerne adresseres.
Søgetermer	Engelsk: headache, migraine, Dansk: hovedpine, migræne Svenske: huvudvärk, Norske: hodepine
Inklusions- og eksklusionskriterier	Sprog: Engelsk, dansk, norsk og svensk År: Sidste 10 år (2008 til 2018) Population: alle Publikationstyper: guidelines, MTV /HTA, Cochrane, reviews

Informationskilder¹³

DATABASE	INTERFACE	DATO FOR SØGNING
NICE, UK	Internettet	26. november 2018
SIGN, Scotland	Internettet	27. november 2018
Sverige	Internettet	26. november 2018
Norge	Internettet	26. november 2018
Medline	OVID	26. november 2018
EMBASE	OVID	26. november 2018
HTA	Internettet	26. november 2018
CINAHL	EBSCO	26. november 2018
PSYCINFO	OVID	26. november 2018
The Cochrane library	Internettet	3. december 2018
Netpunkt	Internettet	26. november 2018

¹³ Søgetermer og inklusions- og eksklusionskriterier er tilpasset de enkelte databaser. Søgestrategi for hver enkelt database præsenteres – hvis muligt vises det hvor mange referencer den enkelte søgestreng genererer

Søgestrategier

NICE, UK, 1 fund

Headaches in over 12s: diagnosis and management

Clinical guideline [CG150] Published date: September 2012 Last updated: November 2015

This guideline covers advice on the diagnosis and management of tension-type headache, migraine (including migraine with aura and menstrual-related migraine), cluster headache and medication overuse headache in young people (aged 12 years and older) and adults. It aims to improve the recognition and management of headaches, with more targeted treatment to improve the quality of life for people with headaches, and to reduce unnecessary investigations.

In November 2015 new and updated recommendations on the [prophylactic treatment of migraine](#) were added.

SIGN, Scotland, 1 fund

Diagnosis and management of headache in adults

Headache disorders are classified as primary or secondary. Primary headache disorders are not associated with underlying pathology and migraine and tension-type headache are the most common forms of primary headache in the UK. Secondary headache disorders have an identifiable structural, infective or biochemical cause.

Remit and target users

This guideline provides recommendations based on current evidence for best practice in the diagnosis and management of headache in adults. It focuses on the more common primary headaches and addresses some of the rarer primary headaches which have recognisable features with specific treatments. Secondary headache due to medication overuse is addressed, as the overuse of headache medication can compromise the management of primary headache. "Red flags" for secondary headache are also highlighted. The guideline will be of interest to general practitioners, community pharmacists, opticians, dental practitioners, and healthcare professionals with an interest in neurology or headache.

How this guideline was developed

This guideline was developed using a standard methodology based on a systematic review of the evidence. Further details can be found in [SIGN 50: A Guideline Developer's Handbook](#).

Keeping up to date

This guideline was issued in 2008 and will be considered for review in three years. The review history, and any updates to the guideline in the interim period, will be noted in the review report.

If you are aware of any new evidence that would update this guideline please complete a [change request form](#) and return to: roberta.james@nhs.net

GIN, Guideline International Network, 20 fund

100%, Headaches in over 12s: diagnosis and management (CG150), NICE (UK) - National Institute for Health and Care Excellence, Guideline Sep 01, 2012, United Kingdom, Published

69%, Head (trauma, headaches, etc., not including stress & mental disorders). Work Loss Data Institute. NGC:010116. AHRQ (US) - Agency for Healthcare Research and Quality Guideline Clearing Report, Nov 18, 2013, United States, Published

62%, Canadian Headache Society guideline for migraine prophylaxis. Canadian Headache Society. NGC:009344. AHRQ (US) - Agency for Healthcare Research and Quality Guideline Clearing Report, Mar 01, 2012, United States, Published

57%, Treatment of medication overuse headache – guideline of the EFNS headache panel. European Federation of Neurological Societies. NGC:008977, AHRQ (US) - Agency for Healthcare Research and Quality Guideline Clearing Report, Sep 01, 2011, United States, Published

54%, Headache in adult (MOPH QA) Ministry of Public Health/Qatar, Guideline, Mar 30, 2017, Qatar, Published

54%, ACR Appropriateness Criteria® headache. American College of Radiology. NGC:010158, AHRQ (US) - Agency for Healthcare Research and Quality Guideline Clearing Report, Jan 01, 2013, United States, Published

53%, Treatment of Headache (AHRQ/EPC Evidence Technical Review 2), AHRQ (US) - Agency for Healthcare Research and Quality Evidence report, Feb 01, 2001, United States, Published

52%, Cluster headache and other trigemino-autonomic cephalgias. European Federation of Neurological Societies. NGC:008771, AHRQ (US) - Agency for Healthcare Research and Quality, Guideline Clearing Report, Jan 01, 2011, International, Published

52%, Diagnosis and management of headache in adults (SIGN CPG 107), SIGN (GB) - Scottish Intercollegiate Guidelines Network Guideline, Nov 01, 2008, United Kingdom, Published

52%, Evidence-based guidelines for the chiropractic treatment of adults with headache. Canadian Chiropractic Association. NGC:008834, AHRQ (US) - Agency for Healthcare Research and Quality Guideline Clearing Report, Jun 01, 2011, United States, Published

49%, Guideline for primary care management of headache in adults. Institute of Health Economics. Toward Optimized Practice. NGC:009989, AHRQ (US) - Agency for Healthcare Research and Quality Guideline Clearing Report, Jul 01, 2012, Canada, Published

49%, ACR Appropriateness Criteria® headache — child. American College of Radiology. NGC:009226, AHRQ (US) - Agency for Healthcare Research and Quality, Guideline Clearing Report, Jan 01, 2012, United States, Published

48%, Treatment of miscellaneous idiopathic headache disorders (group 4 of the IHS classification) — report of an EFNS task force. European Federation of Neurological Societies. NGC:009356, AHRQ (US) - Agency for Healthcare Research and Quality, Guideline Clearing Report, Jun 01, 2011, EU, Published

48%, Diagnosis and treatment of headache. Institute for Clinical Systems Improvement. NGC:009625, AHRQ (US) - Agency for Healthcare Research and Quality Guideline Clearing Report, Jan 01, 2013, United States, Published

47%, Evidence-based guideline update: pharmacologic treatment for episodic migraine prevention in adults. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. American Academy of Neurology. American Headache Society. NGC:009088, AHRQ (US) - Agency for Healthcare Research and Quality, Guideline Clearing Report, Apr 24, 2012, United States, Published

46%, Evidence-based guideline update: NSAIDs and other complementary treatments for episodic migraine prevention in adults. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. American Academy of Neurology. American Headache Society. NGC:009087, AHRQ (US) - Agency for Healthcare Research and Quality Guideline Clearing Report, Apr 24, 2012, United States, Published

41%, Pharmacological management of migraine (SIGN CPG 155), SIGN (GB) - Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Guideline, Feb 13, 2018, United Kingdom, Published

35%, Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting to the emergency department with acute headache. American College of Emergency Physicians. NGC:006719, AHRQ (US) - Agency for Healthcare Research and Quality, Guideline Clearing Report, Oct 01, 2008, United States, Published

35%, EFNS guideline on the drug treatment of migraine – revised report of an EFNS task force. European Federation of Neurological Societies. NGC:008157, AHRQ (US) - Agency for Healthcare Research and Quality Guideline Clearing Report, Sep 01, 2009, International, Published

29%, Assessment: botulinum neurotoxin in the treatment of autonomic disorders and pain (an evidence-based review). Report of the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology. American Academy of Neurology. NGC:006658, AHRQ (US) - Agency for Healthcare Research and Quality, Guideline Clearing Report, May 06, 2008, United States, Published

Medline

Database(s): **Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations and Daily** 1946 to November 21, 2018

Search Strategy:

#	Searches	Results
1	HEADACHE/ or headache*.mp.	86154
2	Headache Disorders, Secondary/ or Headache Disorders, Primary/ or Headache Disorders/ or headache disorder*.mp.	5076
3	migraine*.mp. or MIGRAINE DISORDERS/	36259
4	1 or 2 or 3	104964
5	limit 4 to yr="2008 - 2018"	46333
6	limit 5 to (guideline or meta analysis or practice guideline or systematic reviews)	2344
7	(Guideline* or practice guideline* or clinical guideline* or guidance or consensus or recommendations).ti,kw,kf,pt.	153260
8	5 and 7	322
9	limit 8 to (danish or english or norwegian or swedish)	267

Embase

Database(s): **Embase** 1996 to 2018 Week 47

Search Strategy:

#	Searches	Results
1	Headache Disorders, Secondary/ or Headache Disorders, Primary/ or Headache Disorders/ or headache disorder*.mp.	5424
2	migraine/ or headache disorder*.mp.	43487
3	migraine/ or migraine*.mp.	53607
4	"headache and facial pain"/	1465
M5	(headache* or migraine*).ti,ab.	119089
6	1 or 2 or 3 or 4 or 5	129918
7	limit 6 to yr="2008 - 2018"	92488
8	(Guideline* or practice guideline* or clinical guideline* or guidance or consensus or recommendations).ti,kw,pt.	167167
9	7 and 8	575
10	limit 9 to (danish or english or norwegian or swedish)	476

Cinahl

Monday, November 26, 2018 6:47:25 AM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S5	S1 OR S2	Limiters - Published Date: 20080101-20181131; Publication Type: Practice Guidelines Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	29
S4	S1 OR S2	Limiters - Published Date: 20080101-20181131 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	21,838
S3	S1 OR S2	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	32,847
S2	migraine* OR (MH "Migraine")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	14,573
S1	(MH "Headache, Primary+"# OR #MH "Headache, Secondary+"# OR "headache*"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	31,528

PsylInfo

Database(s): **PsycINFO** 1806 to November Week 3 2018

Search Strategy:

#	Searches	Re-sults
1	migraine/ or headache disorder*.mp.	9489
2	migraine/ or migraine*.mp.	12094
3	(headache* or migraine*).ti,ab.	22104
4	headache*.mp. or exp HEADACHE/	21299
5	1 or 2 or 3 or 4	22703
6	(Guideline* or practice guideline* or clinical guideline* or guidance or consensus or recommendations).ti,sh,hw,pt.	33306
7	5 and 6	176
8	limit 7 to yr="2008 - 2018"	131
9	limit 8 to (danish or english or norwegian or swedish)	117

HTA, 28 fund

	Line	Search	Hits	
☐	1	(headache* or migraine*) IN HTA FROM 2008 TO 2018	63	Delete

Sorteret for Hayes guidelines sorteret fra.

Cochrane, 312 fund

Date Run: 03/12/2018 18:41:31

ID	Search	Hits
#1	MeSH descriptor: [Headache] explode all trees	2108
#2	MeSH descriptor: [Headache Disorders] explode all trees	2831
#3	(migraine* or headache*):ti,ab15511	
#4	#1 or #2 # or #3 with Cochrane Library publication date Between Jan 2008 and Nov 2018, in Cochrane Reviews	312

SBU, STATENS BEREDNING FÖR MEDICINSK OCH SOCIAL UTVÄRDERING, Sverige: Ingen fund

Socialstyrelsen, Sverige : Ingen fund

Folkehelseinstituttet, Norge, 2 fund

1. RAPPORT

Profylaktisk behandling av cluster hodepine. Dette litteratursøket er utført på oppdrag fra Helseøkonomiforvaltningen HELFO. PUBLISERT 01.09.2009 OPPDATERT 09.09.2014

2. FORSKNINGSOVERSIKT

Akupunktur hjelper mot spenningshodepine. Akupunktur fører til en reduksjon i hyppighet av hodepine og av smerteintensitet når det sammenliknes med narreakupunktur. Effekten av akupunktur er ikke så tydelig når det sammenliknes med fysioterapi, massasje eller øvelser/avspenning/trening. Slik konkluderer Cochrane-samarbeidet etter å ha gått systematisk gjennom relevant forskningslitteratur. PUBLISERT 03.05.2009 OPPDATERT 09.09.2014

Netpunkt, Forskningsbibliotekernes Database, DK, 3 fund

Søgehistorie:

	((hovedpine?) eller (migræne?) og år>2007) og (retningslinje? eller retningslinje?)	0	Danbib	S1
	hovedpinesygdomme?	7	Danbib (Alle)	S2

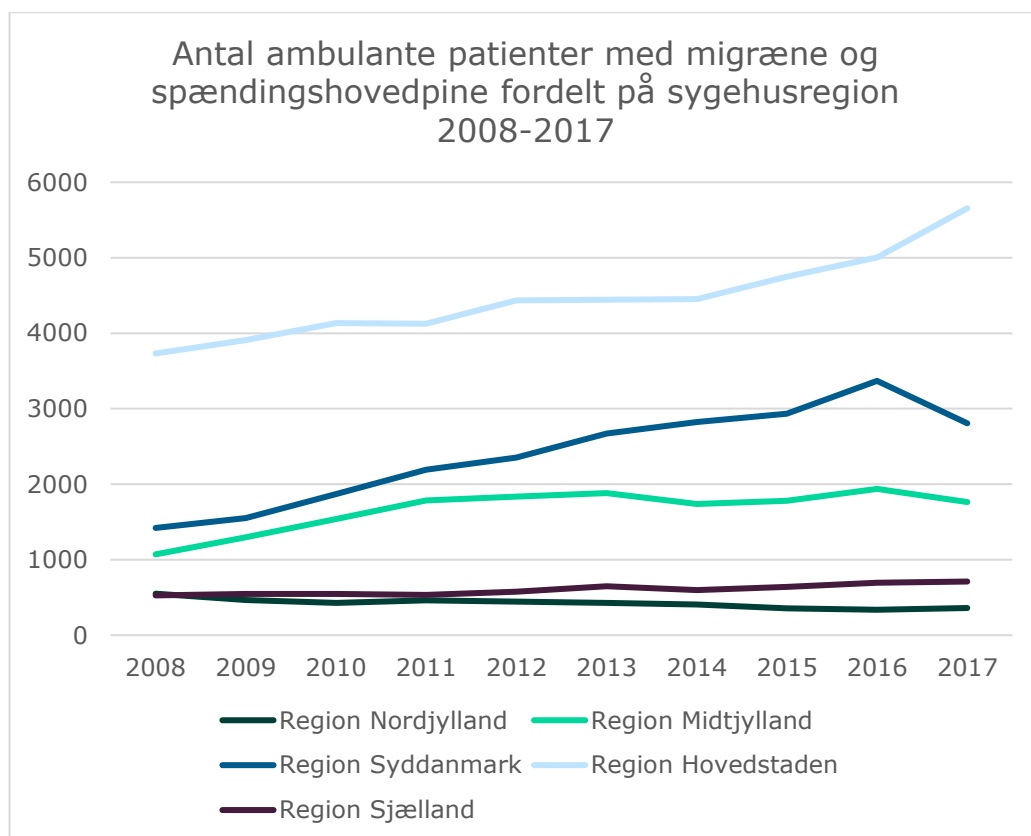
Heraf 3 relevante fund.

Europæiske principper for behandling af hovedpinesygdomme i almen praksis, Tj. Steiner. BOG: S.I., Dansk Hovedpineselskab, European Headache Federation, WHO, 2008.
- 37 sider, illustreret i farver

Hovedpine : nyt om mekanismer og behandling, Olesen, Jes. BOG: Kbh., U Press, 2018.
- 184 sider, illustreret

Præcisionsdiagnostik skal målrette hovedpinebehandling, forfatter: Trine Kit Jensen
Emne: Dansk Hovedpinecenter ; hovedpine ; behandling ; migræne ; diagnostik
Bioanalytiker Merete Bak Bertelsen er ansat på det diagnostiske laboratorium på Dansk Hovedpinecenter, som i januar 2018 rykkede ind i nye og velgennemtænkte rammer. [...]
TIDSSKRIFTSARTIKEL: Danske bioanalytikere. - 2018, nr. 6. - S. 10-13 : ill.

Bilag 4. Antal ambulante patienter i perioden 2008-2017 (Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. december 2018, Sundhedsdatastyrelsen)¹⁴



Antal patienter med Migræne uden aura (DG430) fordelt på sygehusregion, 2008-2017										
Region	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nordjylland	206	147	140	110	85	90	65	52	47	39
Midtjylland	229	312	357	453	449	435	336	329	331	315
Syddanmark	363	392	476	517	578	641	722	873	1.028	771
Hovedstaden	1.605	1.718	1.814	1.829	1.861	1.722	1.555	1.581	1.571	1.627
Sjælland	65	92	83	93	103	102	102	98	102	79
Hele landet	2.456	2.650	2.862	2.988	3.061	2.980	2.767	2.915	3.073	2.821

¹⁴ Aktiviteten er afgrænset til patienter, der har haft en relevant diagnose i forbindelse med et ambulant sygehusbesøg på et offentligt sygehus i opgørelsesåret. Derudover skal patienten have en dansk bopæl. I denne opgørelse er aktiviteten afsluttede og uafsluttede ambulante besøg pr. 10. december 2018 (Landspatientregisteret). Antallet af patienter er opgjort for hver sygehusregion. En person kan således optræde i flere sygehusregioner inden for samme opgørelsesår. Aktiviteten på private sygehuse er ikke medtaget. Hvis der er færre end 5 patienter, er antallet diskretioneret og står med -1 i tabellerne. Hvis der er diskretioneret tal i tabellen, er antallet på landsplan afrundet til nærmeste 5'er.

Antal patienter med Migræne med aura (DG431) fordelt på sygehusregion, 2008-2017										
Region	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nordjylland	105	103	94	87	86	63	61	36	41	34
Midtjylland	149	187	219	260	258	276	272	289	321	293
Syddanmark	182	221	279	321	378	381	438	418	472	393
Hovedstaden	505	518	566	534	577	589	595	694	771	891
Sjælland	47	51	63	69	75	100	114	114	78	96
Hele landet	986	1.079	1.218	1.267	1.372	1.406	1.478	1.540	1.681	1.703

Antal patienter med Hortons hovedpine (DG440) fordelt på sygehusregion, 2008-2017										
Region	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nordjylland	21	21	15	29	42	34	22	21	23	26
Midtjylland	77	116	125	123	118	142	143	114	137	132
Syddanmark	108	115	109	110	116	131	122	144	156	140
Hovedstaden	337	360	431	450	513	553	544	582	518	405
Sjælland	24	25	30	31	36	46	45	43	35	51
Hele landet	560	631	701	724	810	890	858	887	853	738

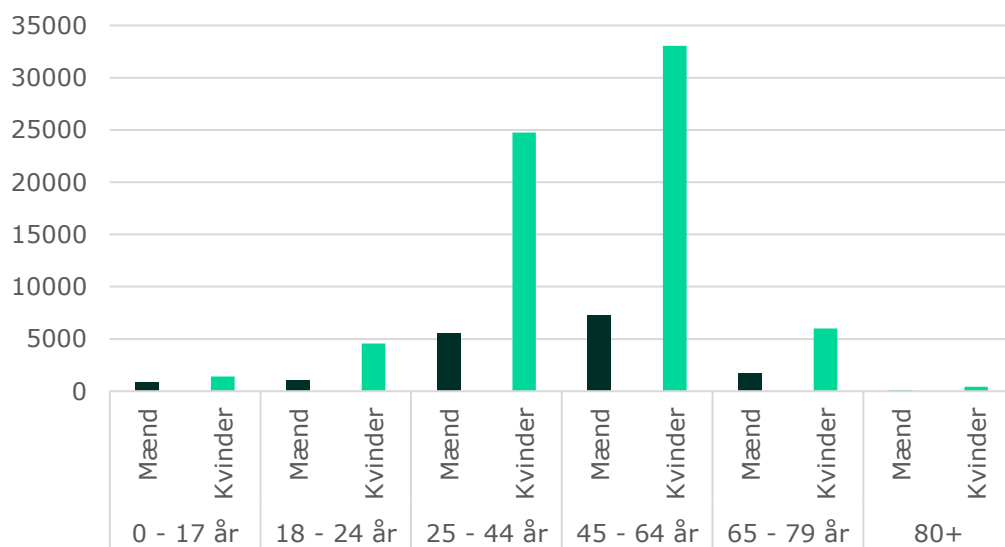
Antal patienter med Spændingshovedpine (DG442) fordelt på sygehusregion, 2008-2017										
Region	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nordjylland	125	100	108	153	119	107	90	77	75	93
Midtjylland	351	469	572	685	718	745	654	694	776	693
Syddanmark	431	467	700	949	1.081	1.288	1.223	1.256	1.505	1.223
Hovedstaden	1.725	1.828	1.877	1.779	1.816	1.770	1.688	1.759	1.739	1.735
Sjælland	162	161	149	138	128	134	109	134	159	159
Hele landet	2.773	3.012	3.385	3.688	3.844	4.027	3.748	3.909	4.236	3.893

Antal patienter med Kronisk posttraumatisk hovedpine (DG443) fordelt på sygehusregion, 2008-2017										
Region	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nordjylland	9	7	6	8	7	10	6	-1	6	9
Midtjylland	39	66	124	155	170	163	134	141	144	140
Syddanmark	43	44	42	50	70	77	111	121	167	180
Hovedstaden	248	240	272	291	320	309	255	309	357	337
Sjælland	13	11	9	6	8	14	17	29	30	27
Hele landet	350	370	450	505	575	570	520	595	695	690

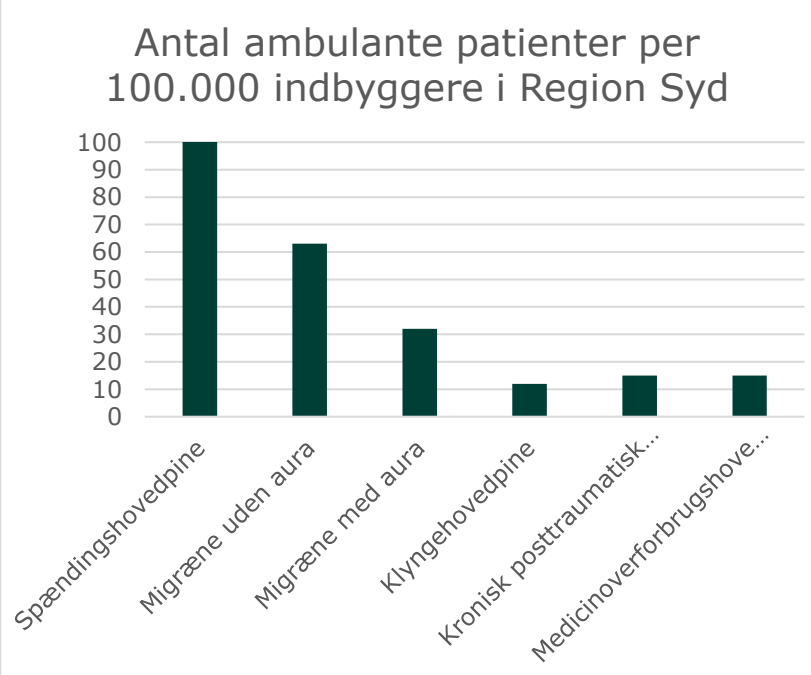
Antal patienter med Hovedpine forårsaget af lægemiddel IKA (DG444) fordelt på sygehusregion, 2008-2017

Region	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nordjylland	24	22	24	18	12	15	10	10	7	8
Midtjylland	15	24	39	70	90	90	79	62	50	63
Syddanmark	5	10	15	10	12	47	73	81	129	145
Hovedstaden	675	603	517	468	508	527	492	564	591	447
Sjælland	-1	-1	-1	-1	5	-1	-1	5	13	10
Hele landet	720	660	595	570	625	680	655	720	785	670

Personhenførbart salg af selektive 5HT(1)-receptor agonister i 2017- fordelt på køn og alder (Kilde: udtræk fra medstat.dk d. 4/12-2018)



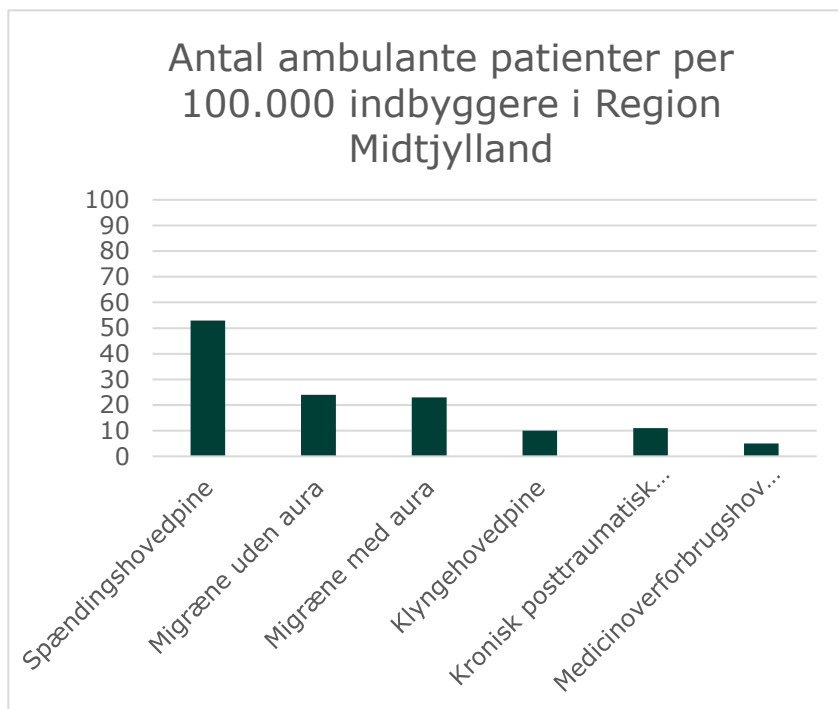
Bilag 5. Oversigt over regionale funktioner og ventetider aflæst pr. 05.06.19 på <https://mitsygehusvalg.dk>

Region Syddanmark															
Ventetid (undersøgelse)	Sygehus Sønderjylland Hjerne- og Nervesygdomme (Sønderborg) (5 uger) Sygehus Lillebælt Hjerne- og Nervesygdomme (Kolding) (4 uger) Sydvestjysk Sygehus Neurologisk Afdeling (Esbjerg): Neurologisk afdeling (6 uger), Hovedpineambulatorium med regionsfunktion (18 måneder) Odense Universitetshospital Neurologisk Afdeling N: Neurologisk afdeling (18 uger), Hovedpineklínik med regionsfunktion (208 uger) Friklinikken: Neurologisk ambulatorium (1 uge)														
Antal ambulante patienter i 2017	Antal ambulante patienter per 100.000 indbyggere i Region Syd  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Hovedpine Type</th> <th>Antal ambulante patienter per 100.000 indbyggere</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Spændingshovedpine</td> <td>~100</td> </tr> <tr> <td>Migræne uden aura</td> <td>~65</td> </tr> <tr> <td>Migræne med aura</td> <td>~35</td> </tr> <tr> <td>Klyngehovedpine</td> <td>~15</td> </tr> <tr> <td>Kronisk posttraumatisk...</td> <td>~15</td> </tr> <tr> <td>Medicinoverforbrugshove...</td> <td>~15</td> </tr> </tbody> </table>	Hovedpine Type	Antal ambulante patienter per 100.000 indbyggere	Spændingshovedpine	~100	Migræne uden aura	~65	Migræne med aura	~35	Klyngehovedpine	~15	Kronisk posttraumatisk...	~15	Medicinoverforbrugshove...	~15
Hovedpine Type	Antal ambulante patienter per 100.000 indbyggere														
Spændingshovedpine	~100														
Migræne uden aura	~65														
Migræne med aura	~35														
Klyngehovedpine	~15														
Kronisk posttraumatisk...	~15														
Medicinoverforbrugshove...	~15														
Region Midtjylland															
Ventetid	Hospitalsenhed Midt (Viborg): neurologi (14 uger) Aarhus Universitetshospital (Aarhus N): Neurologisk afd (21 uger)														

Regionshospitalet Randers Medicinsk - Randers (Randers NØ) (14 uger)

Hospitalsenheden Vest Neurologisk Ambulatorium Holstebro (31 uger)

Antal ambulante patienter i 2017



Region Hovedstaden

Ventetid

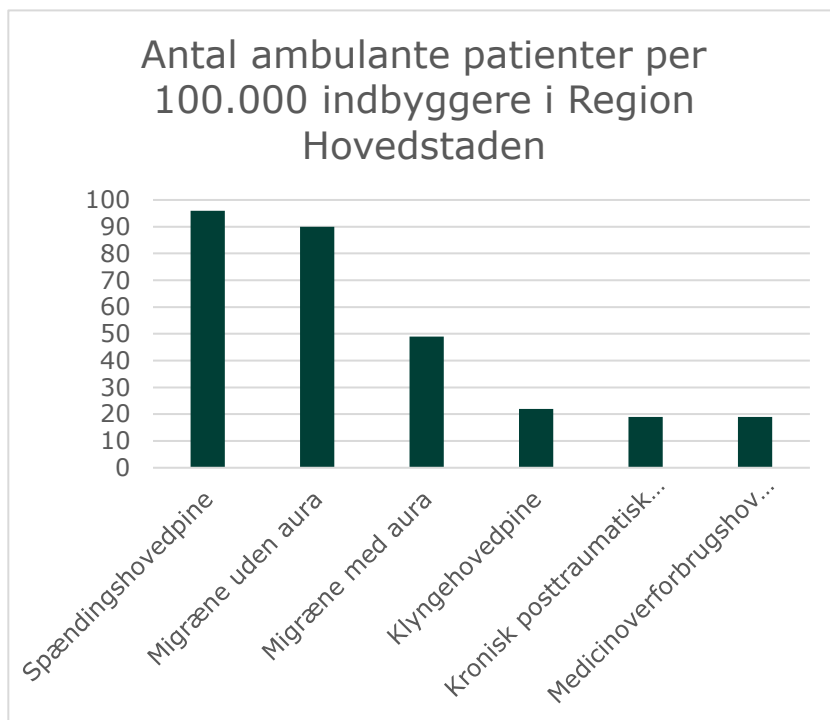
Rigshospitalet, Glostrup (Regionsfunktion samt højt specialiseret funktion): Rigshospitalet Neurologisk amb. (3 uger), Dansk Hovedpinecenter (8-9 måneder)

Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler Neurologisk afd. N: (3 uger)

Herlev og Gentofte Hospital Neurologisk overafd. N (Herlev): (4 uger)

Bornholms Hospital (Rønne): 12 uger

Antal ambulante patienter i 2017

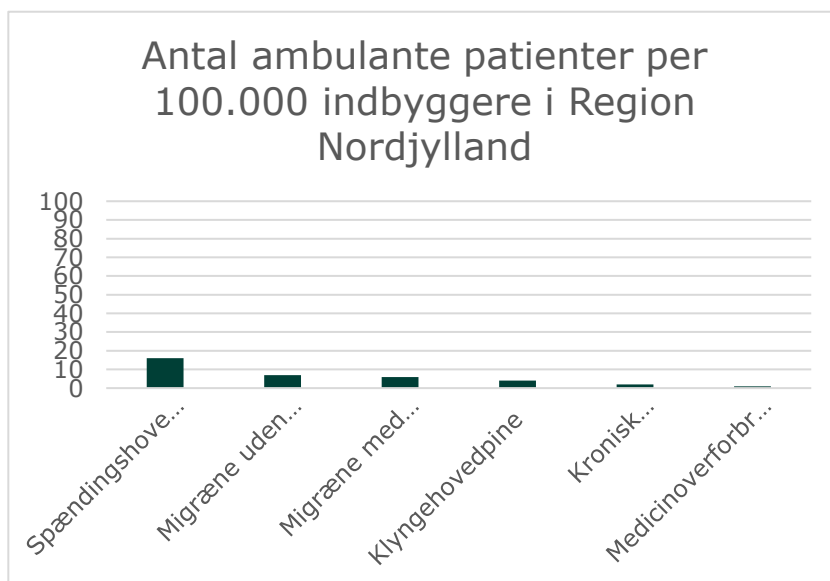


Region Nordjylland

Ventetid

Aalborg Universitetshospital Alb Neurologisk Område (Regionsfunktion): Neurologisk amb. (4 måneder), Ambulatorium for Hovedpine og smerter (18 måneder)

Antal ambulante patienter i 2017



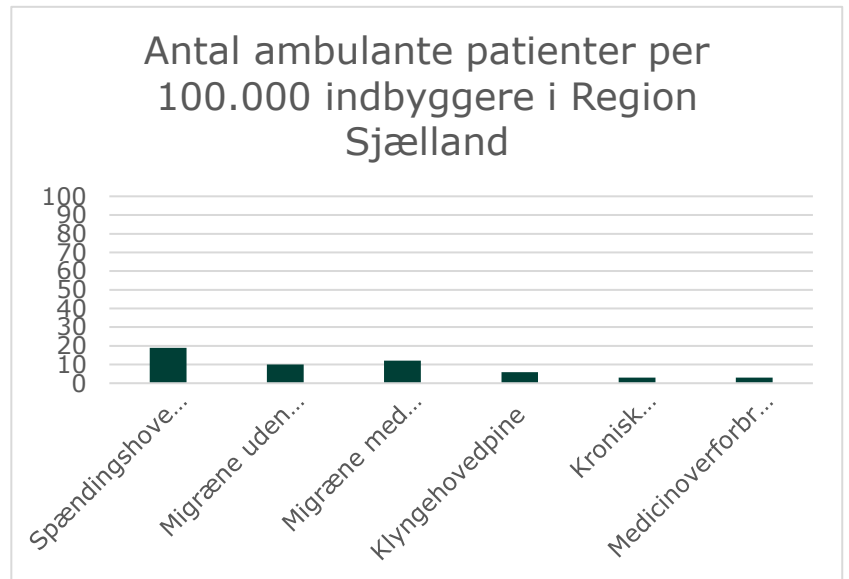
Region Sjælland	Ventetid
-----------------	----------

Ventetid

Region Sjællands Sygehusvæsen ROS Neurologi - (2 uger)

Region Sjællands Sygehusvæsen SLA Neurologi – (6 uger)

Antal ambulante patienter i 2017



Bilag 6. Vejledninger og initiativer som er indarbejdet i anbefalingerne

- Forebyggelsespakkerne, Sundhedsstyrelsen, opdateret i 2018
- Specialevejledning for Neurologi, Sundhedsstyrelsen, opdateret i 2018
- Rapporten om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, Regeringen, juni 2017
- Hvidbog for den patientansvarlige læge, Danske Regioner, 2017
- Digital understøttelse af tværgående komplekse patientforløb, Sundheds- og Ældreministeriet, KL og Danske Regioner, 2016
- Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, Sundhedsstyrelsen, 2016
- Sammenhængende indsats i sundhedsvæsenet – synlige resultater, KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet, og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2015
- Borgernære Sundhedstilbud – med fokus på udvikling af kvalitet og sammenhæng, Sundhedsstyrelsen, 2013
- Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering. Sundhedsstyrelsen 2009.
- "Kronisk sygdom – patient, sundhedsvæsen og samfund - forudsætninger for det gode forløb". Sundhedsstyrelsen, 2005

Bilag 7: Internationale diagnostiske kriterier for hovedpinesygdomme (ICHD-3), The International Classification of Headache Disorders 3rd edition, Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS).

Tabel 1. Diagnostiske kriterier for spændingshovedpine (ICHD-3: 2.0; ICPC-2: N95; ICD-10: G44.2)
Hyppig episodisk hovedpine af spændingstype
Mindst 10 episoder der forekommer i gennemsnitligt 1-14 dage/måned i mere end 3 måneder og opfylder nedenstående kriterier: • Hovedpine varende fra 30 minutter til 7 dage • Hovedpinen har mindst 2 af følgende karakteristika: hovedpine svarende til begge sider af hovedet/ansigtet, pressende/strammende (ikke pulserende) karakter, mild eller moderat intensitet, ingen forværring ved rutinemæssig fysisk aktivitet som f.eks. at gå op af trapper • Hverken kvalme eller opkastninger (madlede kan forekomme) • Højst ét af følgende: lysfølsomhed eller lydfølsomhed • Hovedpinen skyldes ikke anden sygdom
Kronisk hovedpine af spændingstype
Som ovenstående bortset fra • Hovedpinen forekommer mindst 15 dage per måned i mere end 3 måneder • Hovedpinen varer timer eller er konstant til stede • Højst ét af følgende: lysfølsomhed eller lydfølsomhed eller mild kvalme • Hverken moderat eller svær kvalme eller opkastning

Tabel 2. Diagnostiske kriterier for migræne
Migræne uden aura (ICHD-3: 1.1; ICD10: G43.0; ICPC-2: N89)
Mindst 5 anfald som opfylder nedenstående kriterier: • Hovedpineanfald varende fra 4-72 timer • Hovedpinen har mindst 2 af følgende karakteristika: hovedpine svarende til den ene side af hovedet, hovedpinen er pulserende, moderat til stærk intensitet, forværring ved rutinemæssig fysisk aktivitet som f.eks. at gå op af trapper • Mindst ét af følgende: lysfølsomhed, lydfølsomhed, kvalme og/eller opkastning • Hovedpinen skyldes ikke anden sygdom
Migræne med aura (ICHD-3: 1.2; ICD10: G43.1; ICPC-2: N89)
Mindst 2 anfald som opfylder nedenstående kriterier:

Aura bestående af mindst ét af følgende: • Forbigående synsforstyrrelser (f.eks. flimmer, pletter eller linjer og/eller synstab) • Forbigående føleforstyrrelser (f.eks. prikken og stikken og/eller følelsesløshed) • Forbigående tale- eller sprog-forstyrrelser • Svimmelhed, dobbeltsyn, bevidsthedssvækkelse Mindst 2 af følgende: • Mindst et aurasymptom udvikles gradvist over mindst 5 minutter, og/eller forskellige aurasymptomer opstår i forlængelse af hinanden • Hvert symptom varer mindst 5 minutter og under 60 minutter • Mindst et symptom er ensidigt • Hovedpine begynder under eller efter aura inden for 60 minutter Hovedpinen skyldes ikke anden sygdom
--

Tabel 3. Diagnostiske kriterier for klyngehovedpine (ICHD-3: 3.1; ICD10: G44.0; ICPC-2: N90).
Episodisk klyngehovedpine Mindst 2 perioder af hovedpine (klyngeperioder) varende (ubehandlet) 7-365 dage og adskilt af anfaldsfri perioder på ≥ 1 måned: • Mindst 5 anfald som opfylder kriterierne: • Stærk ensidig smerte som er lokaliseret til øjet, over øjet eller i tindingen og varer 15 minutter til 3 timer uden behandling - Enten ét eller begge af følgende: • Hovedpinen ledsages af mindst et af følgende symptomer på samme side som hovedpinen: rødt øje og/eller tåreflåd, tæthed i næsen og/eller løbende næse, hævet øjenlåg, pande- og ansigtssved, formindsket pupil eller hængende øjenlåg på samme side • Følelse af rastløshed eller ophidselse • Anfalds hyppighed fra et til hver anden dag til 8 om dagen • Hovedpinen skyldes ikke anden sygdom
Kronisk klyngehovedpine Opfylder kriterierne ovenfor, og ingen anfaldsfri perioder igennem mindst et år, eller anfaldsfri perioder <3 måneder

Tabel 4. Diagnostiske kriterier for medicinoverforbrugshovedpine (ICHD-3: 8.2; ICD10: G44.41; ICPC-2: A85)

- Hovedpine i mindst 15 dage/måned
- Regelmæssig overforbrug i mere end 3 måneder af et eller flere af følgende medikamina:
 - Ergotaminer, triptaner, opioider eller en kombination heraf i mere end 10 dage/måned
 - Simple smertestillende midler fx paracetamol/Acetylsalicylsyre/NSAID i mindst 15 dage/måned

Tabel 5. Diagnostiske kriterier for kronisk posttraumatisk hovedpine (ICHD-3: 5.2.2; ICD-10: G44.31)

- Hovedpinen er opstået efter et hovedtraume
- Hovedpinen har udviklet sig indenfor 7 dage efter en af følgende: hovedtraume, genvinding af bevidsthed efter hovedtraume, seponering af medicin som mindsker muligheden for at mærke eller rapportere hovedpinen efter et hovedtraume
- Hovedpinen har varet i mere end 3 måneder
- Hovedpinen skyldes ikke anden sygdom

Bilag 8. Hovedpinedagbog og hovedpinekalender

DIAGNOSTISK HOVEDPINEDAGBOG

Udfyldes hver aften på dage, hvor der har været hovedpine.
Der sættes kryds i de kasser, der passer bedst til hvert spørgsmål.
Læs instruktionen omhyggeligt.

Navn: _____ CPR: _____

Start på registrering:		- 20		Slut på registrering:		- 20	
1.	År:	Dato:	/	/	/	/	/
2.	Hvornår begyndte hovedpinen?	nærmeste time:					
3.	Hvornår forsvandt hovedpinen	nærmeste time:					
4.	Var der <u>lige før</u> hovedpinen forstyrrelser af	synet: følesansen: taleevnen:	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
5.	Var hovedpinen	dobbeltsidig: højresidig: venstresidig:	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
6.	Var hovedpinen	konstant: pulserende:	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
7.	Var hovedpinen - gennemsnit af hele dagen (se * nedenfor)	let: middel: svær:	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
8.	Blev hovedpinen forværret ved fysisk aktivitet, f.eks. trappegang?	nej: ja:	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
9.	Var der kvalme?	ingen: let: middel: svær:	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐
10.	Overfølsom overfor lys?	nej: ja:	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
11.	Overfølsom overfor lyd?	nej: ja:	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
12.	Er der noget, der har udløst dette tilfælde?	hvad:					
13.	Blev der taget medicin? (nævn for hvert navn hvor meget og tidspunktet for indtagelsen)	navn:					
		hvor meget:					
		klokken:					
		navn:					
		hvor meget:					
		klokken:					
		navn:					
		hvor meget:					
		klokken:					

*) Let = hæmmer ikke arbejde eller anden aktivitet.
Middel = hæmmer, men forhindrer ikke arbejde eller anden aktivitet.
Svær = forhindrer arbejde eller anden aktivitet.

GPR:	NAVN:					År: 20
	Januar	Februar	Marts	April	Maj	Juni
	hvp/medicin	hvp/medicin	hvp/medicin	hvp/medicin	hvp/medicin	hvp/medicin
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
	Juli	August	September	Oktober	November	December
	hvp/medicin	hvp/medicin	hvp/medicin	hvp/medicin	hvp/medicin	hvp/medicin
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

Hovedpinekalender

Vejledning:
Hovedpinedagbogen udfyldes hver aften som et gennemsnit af dagen:

Ved migræne:
1 = let; 2 = middel; 3 = svær

Ved hovedpine af spændingstypen:
x = let; xx = middel; xxx = svær

Ved klyngehovedpine (Horton):
z = let; zz = middel; zzz = svær

Ved trigeminusneuralgi:
o = let; oo = middel; ooo = svær

Let:
Hæmmer ikke arbejde eller anden aktivitet.
Middel:
Hæmmer, men forhindrer ikke, arbejde.
Svær:
Forhindrer arbejde eller anden aktivitet.

Egne noter:

Behandler læge:

Husk at medbringe hovedpinekalenderen ved ALLE lægekonsultationer

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle ♥ + ●