



Migræne i hverdagen og medicinering

Caroline Marcher:

Caroline Brodersen:

Simon Wismann:

Nikolai Ebbesen:

Caroline Termøhlen:

Alberte Nielsen:

Laura Bahl:

15. maj 2019

Resumé

I denne opgave undersøges sygdommen migræne, og hvordan personer med migræne håndterer deres migræne anfald i dagligdagen. Migræne er en invaliderende kronisk sygdom, som rammer 1 ud af 7 personer. Der udarbejdes et spørgeskema, som er den beskrivende forskningstype, opfyldes kriterierne generaliserbarhed, gyldighed, præcision og pålidelighed.

Ud fra et spørgeskema sendt ud på Hovedpine og Migræneforeningens facebookside ses, at 86 % af respondenterne tager medicin mod deres migræneanfald. Udover medicinen håndteres migrænen ved at undgå sanseindtryk (63 %) og at sove (74 %). Det undersøges også, om der er sammenhæng mellem smerteintensiteten og typen af medicin, som benyttes mod migræneanfald. Det ses, at der ikke er en sammenhæng mellem smerteintensiteten og den anvendte type af medicin. Dette indikerer, at medicin ikke effektivt lindrer smerte hos migrænepatienter.

Spørgeskemaundersøgelsen viser også at migræneanfald påvirker arbejdsevnen hos 94% af migrænepatienter.

Indholdsfortegnelse

Migræne i hverdagen og medicinering.....	1
Resumé	2
Introduktion.....	3
Baggrundsafsnit	4
Metode.....	6
Resultat.....	9
Diskussion.....	11
Konklusion	15
Referenceliste	16
Logbog.....	17

Introduktion

Migræne er en neurologisk tilstand, der påvirker nervesystemet, hvor der sker ændringer i hjernens kemiske stoffer, nerver og blodkar. Tilstanden er hyppig, og det er ca. 1 ud af 7 personer, der lider af regelmæssige anfald, hvor det oftest er kvinder, der bliver ramt. [1]

Sygdommen er meget udbredt og velkendt i Danmark, og det kan være meget smertefuldt, og for nogle uudholdeligt at have et migræneanfald. Migræneanfald kan påvirke alle aldersgrupper, dog hyppigst kvinder i alderen 25-55 år [2], og der er mange forskellige bud på, hvordan et anfald kan behandles.

Det er svært at sige præcis, hvad der udløser migræne, og derfor også hvordan migræne skal behandles, da den varierer fra person til person. Triggere som stress, søvn, kost, sansestimuli, miljøfaktorer og medicin som fx indeholder hormoner kan være grundene til, at migrænen udløses. Nogle fører en migræne-logbog, hvor patienterne skriver ned, hvilke triggere, der har været grund til anfaldet. Migræne kan påvirke hverdagen kraftigt, da migræneanfald er meget invaliderende. Varigheden af migræneanfald kan variere fra få timer til flere dage. Både intensiteten og varigheden af et anfald opleves meget individuelt. Det er derfor op til den enkelte person i samspil med lægen at finde ud af hvilken behandlingsform, som passer bedst. [1]

Der findes både forebyggende- og anfaldsmedicin mod migræne. Anfaldsmedicin kan være smertestillende, kvalmestillende eller migrænemidler. Den forebyggende medicin kan være fx blodtrykssænkende medicin eller epilepsimedicin. For nogle patienter er dette ikke tilstrækkeligt, i disse tilfælde anvendes eksempelvis alternativ behandling. Dette kan være akupunktur, vitaminer og mineraler eller neurostimulerende apparaturer. [1]

I denne opgave samles der information omkring emnet ved brug af et spørgeskema og et interview. Der sættes fokus på, hvordan personer med migræne håndterer deres anfald i dagligdagen. Brugen af medicin mod migræne er meget udbredt, specielt i Københavnsområdet [2]. Det er derfor relevant at sætte fokus på og undersøge sammenhængen mellem intensiteten af et migræneanfald og brugen af medicin til behandling af anfaldet.

I denne opgave arbejdes der med problemstillingen: Hvordan håndterer personer med migræne deres anfald i dagligdagen, og er der sammenhæng mellem intensiteten og brugen af medicin mod migræne anfald?

Baggrundsafsnit

Migræne er en almindelig og invaliderende neurologisk sygdom, som findes i flere varianter. Der findes flere forskellige teorier om, hvad der forårsager migræne. Selve migrænehovedpinen har dog sandsynligvis oprindelse ved central sensitisation, som er en eksitering af den cerebrale cortex. Dette øger patientens følsomhed overfor lys, lyd og andre stimuli. Dette ledsages af frigivelse af inflammatoriske mediatorer og nociceptorer, som eksempelvis CGRP, nitrogenmonoxid, og prostaglandiner. Disse dilaterer de ekstracerebrale blodkar. En af konsekvenserne ved migræne er, at mængden af serotonin neurotransmitter (5-HT) reduceres hos migrænepatienten. Aura skyldes en nedsat neural metabolisme, fordi der kommer nedsat blod flow i den cerebrale cortex. [3]

Indenfor den medicinske behandling af migræne er der tale om to typer af behandling; anfaldsbehandling og forebyggende behandling. I denne opgave fokuseres der på anfaldsbehandlingen. Anfaldsmedicin bruges til akut at kunne behandle migræneanfaldet. Man arbejder med en trinvis optrapning af forskellige typer af medicin, og går videre til næste trin, hvis der ikke er opnået tilstrækkelig effekt. [4]

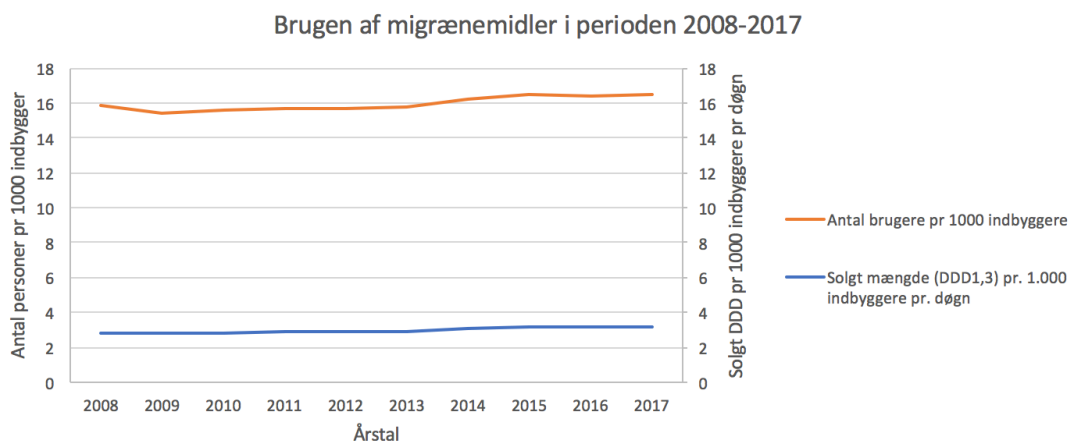
Første trin er svage analgetika/antiemetika, er dette ikke tilstrækkeligt, så er næste trin behandling med triptaner. [4]

Triptaner har en vasokonstriktiv effekt på intrakranielle arterier og hæmmer frigørelsen af peptider. Virkningen skyldes en selektiv stimulation af visse 5-HT-receptorer.[4]

Før udviklingen af triptaner, blev der anvendt ergotalkaloider, som havde mange bivirkninger, og derfor kun anvendes kun sjældent i dag. Behandling med disse præparater er forbeholdt specialister og kun til patienter, hvor der er utilstrækkelig effekt af de øvrige præparater. Ergotalkaloider virker ved langvarig vasokonstriktiv effekt (op til 24 timer). [4]

Medstat.dk benyttes til at præsentere de væsentligste forbrugsudviklinger af migrænemedicinen indenfor de sidste 10 år.

Figur 1 viser brugen af migrænemidler i perioden 2008-2017.



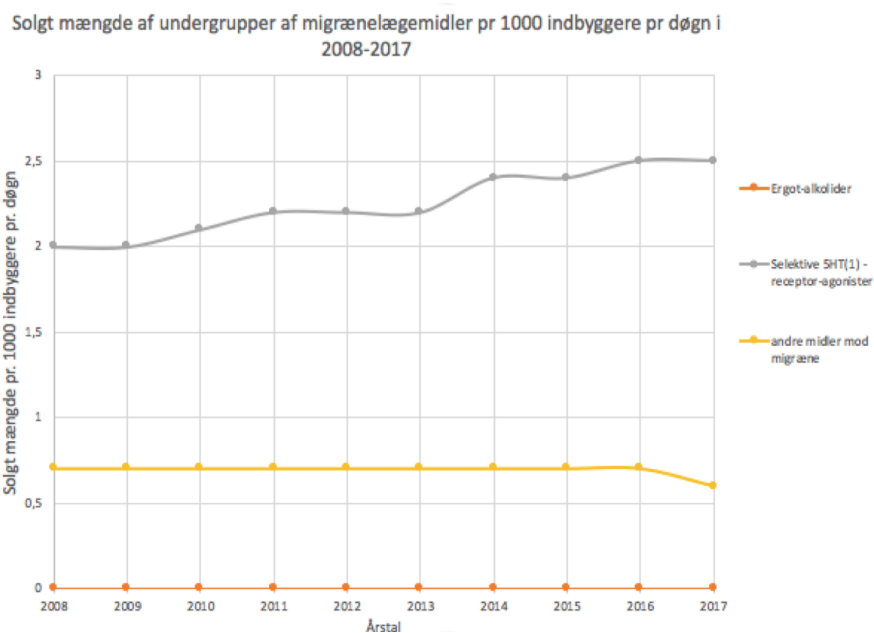
Figur 1: Viser det samlede forbrug af migrænemidler. Det vises både i DDD/1000 indbyggere pr. døgn samt antal brugere pr. 1000 indbyggere. [5]

Fra 2008 til 2009 ses et lille fald i antal personer pr. 1000 indbyggere fra 15,83 til 15,46. Det er det eneste fald i antal personer med migræne pr 1000 indbyggere i løbet af de 10 år. Der er fra 2009 og frem til 2017 sket en gradvis stigning fra 15,46 til 16,46.

I perioden mellem 2008-2010 er der ingen ændring i solgt DDD pr. 1000 indbyggere pr. døgn.

Dette kan hænge sammen med, at der i 2010 kom nye guidelines for behandling af migræne fra DHOS, som beskrevet ovenfor.[4]

Figur 2 viser den solgte mængde af undergrupper af migrænemidler, der er blevet solgt i perioden 2008-2017.



Figur 2: Viser forbruget af forskellige terapeutiske undergrupper af migrænemidler (N02C). [5]

Forbruget af ergot-alkolider er 0 fra 2008-2017. Grunden til det er, at der er risiko for alvorlige bivirkninger. [6]

Selektive 5HT(1)-receptor-antagonister (triptaner) har det største forbrug, og forbruget er steget fra 2 til 2,5 over 10 år. Dette kan bl.a. skyldes nye retningslinjer fra DHOS i 2010, som ligger fokus på behandling med triptaner.[4] Triptaner er også at foretrække pga. få bivirkninger og mange forskellige præparater. [7] Andre lægemidler inkluderer pizotifen og clonidin. Dette er begge lægemidler til forebyggende behandling af migræne. Den solgte mængde har ligget stabilt fra 2008-2016. Dog er salget faldet fra 2016-2017 fra 0,7 til 0,6. Clonidin bruges som førstevalg til behandling af vasomotoriske gener i klimakteriet, når hormonbehandling er kontraindiceret, selvom dette ikke fremgår af ATC-koden. [8]

Metode

I denne opgave blev der arbejdet med metoder tilknyttet interview samt udførelse og analyse af spørgeskema. I følgende metodeafsnit uddybes de benyttede metoder.

Interviewet blev udført inden spørgeskemaet blev sendt ud, hvilket gjorde, at spørgeskemaet kunne målrettes, da der efter interviewet var mere viden på området. Erfaringer og nye perspektiver fra interviewet har kunnet være med til at forbedre spørgeskemaet. Samtidigt kunne eventuelle spørgsmål blive tilføjet eller udeladt ved evaluering af interviewet. [9] Interviewet foregik som et semi-struktureret interview. [10]

I spørgeskemaundersøgelsen har der været fokus på migræneanfald og medicinering. Der blev undersøgt, hvordan personer med migræne håndterer deres anfald i dagligdagen, samt en sammenligning mellem smerteintensitet og brugen af forskellige typer lægemidler. Derudover blev der fokuseret på intensiteten og påvirkning af arbejdsevne.

Spørgeundersøgelsen er en kvantitativ undersøgelse. Der blev arbejdet med den beskrivende forskningstype, da der blev undersøgt, hvordan intensiteten af migræneanfald fordelte sig på medicinanvendelse. Denne forskningstype skal overholde kvalitetskriterierne: pålidelighed, gyldighed, præcision og generaliserbarhed. Forskerens billede blev det dominerende perspektiv, fordi spørgeundersøgelsen bestemte retningen. [11]

I spørgeskemaet blev de første spørgsmål indledt med at spørge om køn og alder, så det efterfølgende var muligt at kategorisere respondenterne. Herefter blev der spurgt ind til diagnosticering af migræne, for at se sammenhæng mellem diagnosticerede migrænepatienter og

brugen af medicin. Heri lå en antagelse om, at ikke-diagnosticerede migrænepatienter ikke har adgang til receptpligtige migrænemidler.

Respondenterne gives flere forskellige typiske svarmuligheder, samt muligheden for at tilføje svar, som ikke falder ind under de andre kategorier. Dermed opnås en struktureret spørgemetode [12].

For at gøre det muligt at finde en sammenhæng mellem intensiteten af migræne og medicinering, blev der stillet spørgsmål omkring migrænenes intensitet, varighed og hyppighed. Hertil en sammenligning af medicinforbruget. Smerteintensiteten blev undersøgt ved brug af en ordinalskala, hvor en værdi mellem 1-5 kunne vælges. Dette bruges således som en måde at kvantificere hovedpinen. [13]

Respondenten havde mulighed for at vælge en række forskellige behandlingsmetoder, heriblandt medicin og alternativ behandling. Typen af medicin, der anvendes, blev undersøgt vha. afkrydsning. Her blev angivet populære lægemidler. Respondenterne fik dog mulighed for at tilføje deres eget svar ved tvivl eller manglende valgmuligheder. Ved ja/nej-spørgsmål blev der benyttet en sti, for at kunne sortere efterfølgende uddybende spørgsmål fra, hvis de ikke var relevante for respondenterne. Spørgeskemaundersøgelser er en kvantitativ metode til at indsamle data/informationer. Målgruppen har været personer i alle aldre med migræne både diagnosticeret og ikke diagnosticeret hos en læge. Ved rekruttering blev Migræne og Hovedpineforeningens facebookside kontaktet, og de lagde spørgeskemaet op på deres facebookside. Derudover blev spørgeskemaet lagt ud på samfundsfarmaci-gruppens medlemmers private facebooksider. Dermed blev der lavet en webbaseret survey [14]. Dette betød, at respondenter var en convenience stikprøve, der afspejlede en større gruppe af befolkningen med migræne [15]. Ved at lægge spørgeskema op på Facebook, blev der mistet den del af befolkningen, der ikke anvender internettet. Der blev anvendt denne rekrutteringsstrategi, da det på denne måde var muligt at få mange svar, og dermed have en større population, der svarede på spørgeskemaet, selvom dette ikke nødvendigvis giver en repræsentativ fordeling i forhold til hele befolkningen. Fordelen ved et spørgeskema er, at det er let tilgængeligt, hurtigt og en billig måde at få svar fra en større del af befolkningen.

I spørgeskemaet blev det undersøgt, om der var en sammenhæng mellem smerteintensitet og brugen af lægemidler, samt smerteintensitet og hyppighed af anfald. Derudover blev der set på fordelingen af mænd og kvinder [5], og hvordan dette fordelte sig på forskellige aldersgrupper.

Svarene fra spørgeskemaet blev analyseret med statistiske test for at analysere og bestemme, om der var nogle signifikante tendenser.

Spørgeskemaundersøgelsen blev udført ud fra en række kvalitetskriterier, som er med til at sikre, at der opnås et spørgeskema af god kvalitet. Disse kvalitetskriterier er med til at sikre pålidelighed, gyldighed, præcision og generaliserbarhed [16].

Pålidelighed sikres ved at stille neutrale og velformulerede spørgsmål, for at mindske informationsbias. Informationsbias opstår, når spørgsmål kan fortolkes forskelligt afhængig af patienten. Pålidelighed er derfor nødvendigt for at forskellige forskere kan måle og beskrive de samme resultater uafhængigt af hinanden. Gyldighed er et kvalitetskriterium, der bruges i forlængelse af pålidelighed til at validere om spørgeskemaundersøgelsen måler det tilsigtede. Hertil benyttes pilottest, der skal sikre gyldigheden af undersøgelsen. Da spørgeskemaet blev ændret efter første pilottest, blev der udført endnu en pilottest af samme person.

Præcision tages i betragtning, når der skal defineres svarmuligheder, som er relevante for opgavens problemstilling. I forhold til intensiteten af migræneanfald, er det eksempelvis relevant at anvende en ordinal skala med fem svarmuligheder. For spørgsmål om hvilken type medicin, der bruges mod migræne anfald, er det derimod mere relevant at anvende en nominalskala til spørgsmål. En ordinalskala er velegnet til at få en gradvis måling af patientens holdning, mens en nominalskala er en kvalitativ skala, hvor patienten sætter kryds ved alle de lægemidler patienten anvender.

Derudover gøres der også brug af intervalskala. Intervalskala er især velegnet til spørgsmål om, hvor ofte patienten rammes af migræneanfald. For intervalskala er der dog altid en risiko for recall bias, hvor patienten ikke kan huske, hvor mange anfald de har haft over en længere tidsperiode.

Generaliserbarhed er, når en stikprøve af den udvalgte testpopulation, statistisk repræsenterer hele populationen. Generaliserbarhed er et svært kriterie at opfylde, hvor den bedste tilnærmelse opnås ved at basere undersøgelsen på et repræsentativt udvalgt udsnit af befolkningen. Spørgeskemaet blev udsendt til Migræne & Hovedpineforeningens facebookside, hvor brugerne selv kunne vælge at svare på spørgeskemaet, og randomisering var derfor ikke mulig. Det betyder, at der er stor sandsynlighed selektionbias, hvor der er overrepræsentation af den del af populationen, som aktivt prøver at forebygge migræne anfald. Derfor er det vigtigt at have kendskab til populationens repræsentativitet, før at der kan tillægges generaliserbarhed. [14]

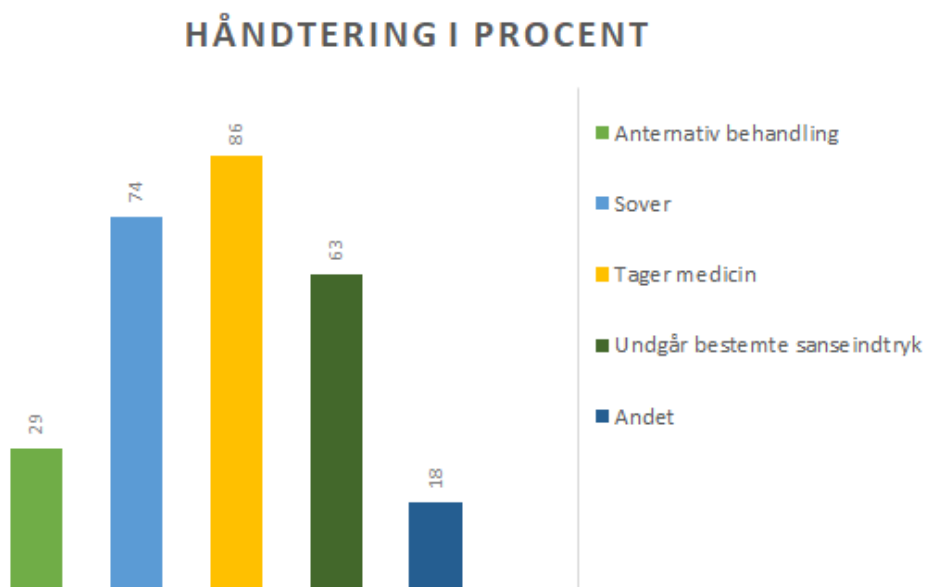
Resultat

Der blev foretaget en spørgeundersøgelse med surveyxact.dk, som er et spørgeundersøgelsesværktøj af Rambøll. Spørgeskemaet blev lagt op på Hovedpine og Migræneforeningens facebookside torsdag d. 25/4 og afsluttet mandag d. 29/4. Hovedpine og Migræneforeningens facebookside er en offentlig side med lige under 11.000 medlemmer. Der var 262 personer, der havde åbnet spørgeskemaet, hvoraf 175 havde gennemført spørgeskemaet. Dette gav en gennemførelsesrate på 68 %, hvoraf 97 % af de gennemførte besvarelser var kvinder.

Der blev foretaget en statistisk analyse på besvarelserne for at undersøge, om der var signifikant forskel mellem smerteintensitet og forskellige parametre som brug af medicin, håndtering af medicin, påvirkning af arbejdsevne, og varighed af migræneanfald. Der blev anvendt en χ^2 -test test for at undersøge variablerne i forhold til hinanden. χ^2 -test blev udført ud fra nulhypotesen H_0 , som påskønner, at der er uafhængighed mellem to variabler.

Analysen blev udført med et 5 %-signifikansniveau, og nulhypotesen bliver derfor kun forkastet, hvis χ^2 -test viser en p-værdi, der er mindre end signifikansniveauet ($p < 5 \%$).

Figur 3 viser håndteringen af migræneanfald i procent.



Figur 3: Håndtering af migræneanfald i procent.

På figur 3 ses det, at langt størstedelen af de adspurgte personer tager medicin (86 %), og at 74 % vælger at håndtere deres migræneanfald ved bl.a. at sove. Der var ingen, der beskrev, at de ikke gjorde noget for at håndtere migræneanfaldet.

Under svarmuligheden “andet” blev der ikke givet mulighed for at uddybe i et kommentarfelt. En χ^2 -test testen viste, at der ikke var sammenhæng mellem smerteintensitet, og den måde patienten håndterede migræne på ($p = 0,501$).

Tabel 1 viser sammenhængen mellem arbejdsevne og smerteintensitet

Påvirker dine migræneanfald din arbejdsevne?	I hvilken grad føler du smerte ved migræne:					
	1	2	3	4	5	Hovedtal
Jeg er slet ikke påvirket	1 %	1 %	0 %	2 %	0 %	3 %
Jeg er påvirket i lille grad	1 %	5 %	2 %	14 %	4 %	26 %
Jeg er påvirket	0 %	2 %	3 %	14 %	13 %	33 %
Jeg er meget påvirket	0 %	1 %	1 %	7 %	22 %	31 %
Jeg arbejder ikke	0 %	0 %	0 %	3 %	4 %	7 %
Hovedtal(n=175)	2 %	9 %	6 %	40 %	43 %	100 %
χ^2 -test	$p = 1,10 \cdot 10^{-10}$					

Tabel 1: sammenhængen mellem arbejdsevne og smerteintensitet

Det ses ud fra tabel 1, at arbejdsevnen hos spørgeskemaets respondenter er påvirket i nogen grad. De fleste følte sig påvirket i en moderat grad (33 %), efterfulgt af dem, der var meget påvirkede (31 %), og dernæst dem, som kun følte sig påvirket i en lille grad (26 %). Respondenter, som slet ikke følte, at deres arbejdsevne blev påvirket, udgør kun 3 % af den samlede testpopulation. Blandt respondenter, der har svaret, at deres arbejdsevne er påvirket i lille grad, har 69 % svaret, at de føler en smerteintensitet på 4 eller derover. Blandt respondenter, der føler, at deres arbejdsevne er meget påvirket, har 94 % svaret, at de føler en smerteintensitet på 4 eller derover. En χ^2 -test viste, at der er sammenhæng mellem smerteintensitet og arbejdsevne ($p = 1,10 \cdot 10^{-10}$).

Tabel 2 viser sammenhængen mellem varigheden af migræneanfald og smerteintensiteten

Hvor længe varer dine migræneanfald?	I hvilken grad føler du smerte ved migræne:					
	1	2	3	4	5	Hovedtal
Under en time	2 %	1 %	1 %	1 %	1 %	5 %
Flere timer	0 %	4 %	3 %	11 %	10 %	28 %
Mange timer	0 %	2 %	0 %	10 %	14 %	25 %
Et døgn	0 %	0 %	0 %	3 %	5 %	8 %
Mange døgn	0 %	2 %	2 %	15 %	15 %	34 %
Hovedtal(n=175)	2 %	9 %	6 %	40 %	43 %	100 %
χ^2 -test	$p = 1,33 \cdot 10^{-9}$					

Tabel 2: sammenhængen mellem varighed af migræne og smerteintensitet

I tabel 2 ses det, at størstedelen af migræne patienternes anfald varer i flere døgn (34 %), flere timer (28 %), eller mange timer (25 %). Derudover ses det, at det fleste migrænepatienter har en smerteintensitet på 4 (40 %) eller 5 (43 %). Der er blevet foretaget en χ^2 test, og fundet en p-værdi på $1,33 \cdot 10^{-9}$.

Tabel 3 viser sammenhængen mellem smerteintensitet og brugen af medicin

Hvilken medicin tager du mod migræneanfald?	I hvilken grad føler du smerte ved migræne:				
	2	3	4	5	% af population (n=175)
Smertestillende	11 %	8 %	41 %	40 %	47 %
Migrænemidler	8 %	6 %	39 %	47 %	73 %
Kvalmestillende	9 %	6 %	29 %	56 %	19 %
Blodtrykssænkende	11 %	0 %	34 %	54 %	20 %
Andet	11 %	6 %	33 %	50 %	10 %
Hovedtal(n=175)	9 %	6 %	38 %	47 %	100 %
χ^2 -test	p = 0,86				

Tabel 3: Sammenhæng mellem smerteintensitet og brugen af medicin

I tabel 3 ses det, at størstedelen af migrænepatienterne har en smerteintensitet på 3 (38 %) eller 5 (47 %), ligesom det ses ovenover. Det ses, at det fleste tager smertestillende (47 %) eller migrænemidler (73 %). Chi i anden test viste en p-værdi på 0,86. Dette betyder, at der ikke er en signifikant sammenhæng mellem smerteintensiteten og hvilken medicin der tages.

Diskussion

I håndteringen af migræneanfaldene sås det, at 86 % tager medicin og at 74 % vælger at sove. Dette kan skyldes, at der er god virkning af migrænemidler, såsom triptaner. Migræne er en neurologisk sygdom, der typisk kræver en anden behandling end blot smertestillende lægemidler, hvilket underbygger, at 73 % af respondenterne anvender migrænemidler.

Der anvendes også smertestillende lægemidler, hvilket kan hænge sammen med at disse ikke er receptpligtige.

Søvn er i følge Lev Med Migræne en "trigger", der kan være med til at påvirke et anfald, hvorved det underbygger, vores resultat om at 74 % af respondenterne sover [1].

Der er ikke taget højde for, om det er én svarperson, som har svaret flere af de adspurgte

svarmuligheder. Det kunne være blevet undersøgt, hvor mange af de adspurgte, der gjorde flere af svarmulighederne, og derfra lavet en sammenligning.

Ses der på de øvrige svar, svarede 63 %, at de undgår bestemte sanseindtryk, og 29 % at de bruger alternativ behandling. Den alternative behandling kunne have været et interessant aspekt til videre undersøgelse, da migrænebehandling i høj grad bygger på personlige erfaringer i forhold til valg af medicin.

Der sås ingen sammenhæng mellem brug af medicin og smerteintensitet. Tabel 3 viser sammenhængen mellem medicin og smerteintensitet. Sammenligningen er foretaget på baggrund af, hvordan valget af lægemidler fordeler sig på smerteintensiteten (intensitetsskala). Der er altså ikke sammenhæng med, i hvor høj grad intensiteten føles, og hvilke typer lægemidler, der vælges. Der blev ikke taget højde for, at den samme svarperson kan tage begge typer lægemidler. Dette betyder, at der ikke kan siges noget om, at patienter der i høj grad føler smerte ved deres migræneanfald, enten tager migræne medicin eller smertestillende. De kan derimod tage alle former for medicin. En af grundene til dette kan være, at alle patienter håndterer deres migræneanfald forskelligt, og det er meget individuelt, hvilke lægemidler der virker bedst.

Der blev set en sammenhæng mellem arbejdsevne og smerteintensitet. Jo højere smerteintensiteten er, desto mere blev arbejdsevnen påvirket for de adspurgte respondenter. Det ses dermed, at arbejdsevnen er direkte afhængig af patientens opfattelse af smerteintensitet. 64 % svarede, at deres arbejdsevne var moderat påvirket eller meget påvirket, hvilket betyder, at deres daglige arbejdsfunktion besværes eller helt umuliggøres. Kun 3 % svarede, at deres arbejdsevne slet ikke blev påvirket. Da det skønnes, at 16 % [4] af befolkningen har migræne, vil dette derfor være et betydeligt produktivitetstab set ud fra et samfundsøkonomisk perspektiv.

Hvis der kunne laves retningslinjer for en generel og systematisk udredning, så man generelt på samfundsniveau kunne opnå en bedre migræne behandling, og derved at færre var så påvirkede, at de ikke er i stand til eller kun i ringe grad kan udføre deres arbejde.

Lev med Migræne nævner faktorer som stress, søvn, kost, sansestimuli, medicin og alternativ og miljøfaktorer, der kan påvirke migræneanfaldene. [1] Figur 3 viser håndteringen af migræneanfald i procenter. Disse resultater stemmer godt overens med anden litteratur, da de viser nogenlunde det samme. Dog kan det diskuteres om Lev med Migræne er en troværdig kilde. Hjemmesiden er ejet af medicinalvirksomheden Novartis, der sælger lægemidler mod migræne, hvorfor de kan have økonomiske incitament.

Resultaterne fortolkes ud fra WHO's adherence model. Ud fra WHO's adherence model kan patientbehandling beskrives ud fra fem faktorer. Disse faktorer er sociale og økonomiske faktorer, faktorer i sundhedssektoren, behandlingsrelaterede faktorer, patientrelaterede faktorer og sygdomsrelaterede faktorer.

Det vurderes, at alle fem faktorer har indflydelse på en migrænepatientens velbefindende. Behandlingsrelaterede faktorer er et meget vigtigt punkt for migræne patienter. Dette skyldes, at ingen af de tilgængelige medicinvalg lader til at have en markant smertelindrende effekt for patienten. Dette indikerer derfor, at det især er de behandlingsrelaterede faktorer, der bør lægges fokus på, hvis forholdene for migrænepatienter skal forbedres. Dette problem viser sig også som en patientrelateret faktor, da manglen på effektiv smertelindring gør, at patienten ikke ved, hvordan migræneanfald skal håndteres, og derfor har tilbøjelighed til at bruge flere forskellige behandlingsformer og medicin præparater. En væsentlig sygdomsrelateret faktor for migræne patienter er, at migræneanfald kan komme uventet, og patienten derfor ikke kan nå at bruge medicin før anfaldet er indtruffet. Der kan derfor lægges fokus på metoder til nemmere at identificere et kommende migræneanfald, så migræneanfaldet i sit tidlige stadie ikke forveksles med andre lidelser som eksempelvis en typisk hovedpine.

94 % af de tilspurgte respondenter svarede, at deres arbejdsevne er påvirket i nogen grad pga. deres migræneanfald. De sociale og økonomiske faktorer er derfor også et relevant fokusområde, når der arbejdes med migrænepatienters velbefindende. Alle graderne af arbejdsevne har svaret, at de har en relativ høj smerteintensitet, så det kan også være en indikator for at flere måske bider smerten i sig, for ikke at blive opfattet anderledes af omgangskreds, eller netop pga. økonomiske faktorer. De respondenter, som ikke er diagnosticeret udgør 13 % af testpopulationen, og heraf svarer 64 %, at deres migræneanfald har en smerteintensitet på 4 eller 5. Dette er en stor del af respondenterne, som derfor ikke er under et professionelt behandlingsforløb. Dette dækker over en faktor i sundhedssektoren vedrørende om de retningslinjer som en læge følger i diagnosticeringsprocessen er god nok, eller om migræne patienter har tilgang til tilstrækkelig information.

Det kan diskuteres om kvaliteten af studiet var tilfredsstillende. I forhold til spørgeskemaet kan det diskuteres om kvalitetskriterierne, pålidelighed, gyldighed, præcision og generaliserbarhed, er opfyldt. Hvis pålideligheden tages i betragtning, skal der tages højde for at spørgsmålet "Påvirker dine migræneanfald din arbejdsevne?" med svarmuligheden "Jeg arbejder ikke", fordi det kan misforstås. Dette kan både betyde, at man er arbejdsløs eller at man ikke kan arbejde pga.

migræneanfald. Derudover blev der kommenteret på spørgeskemaet, som var slået op på Hovedpine og Migræneforeningens facebookside. I kommentaren blev gjort opmærksom på, at der ikke var en mulighed for at beskrive, hvordan intensiteten og varigheden af en migræneanfald varierer, alt efter om der er taget medicin eller ej. Det kan altså diskuteres, om spørgsmålet skulle have været mere specifikt. Udover dette ene tilfælde, var spørgsmålene neutrale og velformulerede, hvilket gør, at pålideligheden øges.

Gyldigheden blev øget ved kun at stille spørgsmål i spørgeskemaet, som var relevante for problemformuleringen. Derudover sikres gyldigheden ved at lave en pilottest på spørgeskemaet. Spørgeskemaet blev sendt til den interviewede person, for at sikre at spørgsmålene var forståelige og neutrale. Det kan diskuteres, om der skulle have været flere testpersoner, eftersom det ovenstående svarmulighed ikke blev korrigeret.

Præcisionen var god, da der blev vekslet mellem ordinal- og nominalskalet, med hensyn til hvilket spørgsmål der var tale om. Det kan dog diskuteres om flere svarmuligheder i nogle af spørgsmålene, ville have gjort, at patienterne kunne være mere præcise i deres udmeldinger.

Generaliserbarhed er det sværeste kvalitetskriterium at opnå, da det er svært at sige med sikkerhed, om stikprøven er repræsentativ for befolkningen. Det kan diskuteres, hvilke personer, der nås ud til på Facebook, og hvilke aldersgrupper, der normalt melder sig ind i facebookside som fx Hovedpine og Migræneforeningen, og om de forskellige grupper er jævnt repræsenteret. Højest sandsynligt havde der været andre besvarelser, hvis spørgeskemaet udelukkende var blevet delt på gruppens private facebookprofiler. 165 ud af 175 besvarelser i alt blev givet af de 19-59 årige, hvoraf 51 besvarelser var i aldersgruppen 40-49 år. Dette viser, at det er nået ud til den voksne del af befolkningen. Det ville være mere optimalt, hvis der var lige mange besvarelser fra alle aldersgrupper. Dette ville øge gyldigheden, men stadig ikke være 100 % repræsentativt. Det er stadig ikke repræsentativt, fordi det kun er folk på Facebook, der har deltaget i undersøgelsen. Dog øges generaliserbarheden, da der er opnået hele 175 gennemførte besvarelser, i forhold til, hvis der kun var 25 besvarelser, som var kravet for opgaven.

Konklusion

På baggrund af spørgeskemaet var det muligt at besvare problemformuleringen: Hvordan håndterer personer med migræne deres anfald i dagligdagen, og er der sammenhæng mellem intensiteten og brugen af medicin mod migræne anfald?

Det kan konkluderes, at personer med migræne håndterer deres migræneanfald på forskellige måder. Størstedelen af respondenterne (86 %) tager medicin mod migræne, men dette kombineres også med alternativ behandling samt at undgå bestemte sanseindtryk fx ved at sove.

Konklusionen er, at der ikke ses en sammenhæng mellem intensiteten og brugen af medicin mod migræne anfald. Der er ikke nogen tydelig tendens til hvilken type medicin, der bruges mod migræne, i forhold til hvilken intensitet migrænen har. Dog ses der en sammenhæng mellem varigheden af et migræneanfald, og hvilken intensitet anfaldet har. Så personer, som har migræne i op til flere døgn, har også migræne med intensitet 5 på smerteskalaen.

Det kan konkluderes at spørgeskemaet generelt opfylder de relevante kvalitetskriterier;

Pålidelighed, gyldighed, præcision og generaliserbarhed - dog med enkelte optimeringsmuligheder taget i betragtning.

Overordnet set belyser interviewet og det efterfølgende spørgeskema emnet migræne. De to metoder giver på hver deres måde et indblik i, hvordan et udsnit af migrænepatienter håndterer deres anfald i dagligdagen.

Referenceliste

- [1] Levmedmigræne.dk – om migræne. Available at: <https://www.levmedmigræne.dk/om-migrane/om-migrane/>. (Accessed 17-03-2019, 2019)
- [2] Medstat.dk – datasæt om migrænemedicin. Available at: <http://medstat.dk>. (Accessed 17-03-2019, 2019)
- [3] H. P. Rang et. al., Migraine and antimigraine drugs, Rang & Dale's Pharmacology, 8th ed. Elsevier Limited, 2016, 203-204
- [4] Dansk hovedpine selskab, Diagnostik og behandling af hovedpinesygdomme og ansigtssmerter, 2010, side 7-9, 12-21 - tilgængelig på <http://dhos.dk/wp-content/uploads/2016/08/Referenceprogram-2010.pdf> - besøgt den 4/4 2019
- [5] Medstat.dk - database tilgængelig på <http://medstat.dk> - besøgt den 26/3 2019
- [6] 24infohealth.com/ Hvad skal jeg vide om ergotalkaloider - tilgængelig på <https://24infohealth.com/what-should-i-know-about-ergot-alkaloids-1197> - besøgt d. 26/3-2019
- [7] Sundhedsstyrelsen.dk/Behandling af migræne med triptaner - tilgængelig på <http://www.sst.dk/~media/18063390278D4C1EB617D2FDED8C7B4E.ashx> - Besøgt d. 26/3 2019
- [8] Sundhedsstyrelsen.dk/ Hormonbehandling til klimakteriet og menopause - tilgængelig på <https://www.sst.dk/da/rationel-farmakoterapi/maanedsbilaget/2016/rationel-farmakoterapi-6,-2016/hormonbehandling-til-klimakteriet-og-menopausen> - besøgt d. 26/3 2019
- [9] 4. Sundheds- og Ældreudvalget (SUU). Migræne og hovedpine 2016-17; 7 sider: 4. 17. februar 2017 <https://www.ft.dk/samling/20161/almindel/SUU/bilag/238/1734865.pdf>
- [10] Launsø L., Rieper O., Olsen L. Forskning om og mellem mennesker. Munksgaard, København 2017, 7. udgave. s. 146-149
- [11] Launsø L., Rieper O., Olsen L. Forskning om og mellem mennesker. Munksgaard, København 2017, 7. udgave s. 17-20
- [12] Launsø L., Rieper O., Olsen L. Forskning om og mellem mennesker. Munksgaard, København 2017, 7. udgave. s. 126
- [13] Launsø L., Rieper O., Olsen L. Forskning om og mellem mennesker. Munksgaard, København 2017, 7. udgave. s. 128-130
- [14] Launsø L., Rieper O., Olsen L. Forskning om og mellem mennesker. Munksgaard, København 2017, 7. udgave. s. 96-98, 126

[15]

http://www.asb.dk/fileadmin/www.asb.dk/omasb/organisation/administration/ikt/analyticsgroup/forresearchers/quickstart/fileexplorer_fetchfile-asp-file-10030.pdf (s. 14)

[16] Launsø L., Rieper O., Olsen L. Forskning om og mellem mennesker. Munksgaard, København 2017, 7. udgave s. 43, s. 17-20

Logbog

Dato	Udrettet	Tilstedeværende	Tid
29/4-2019	Blevet enige om hvilke resultater, der var relevante for problemformuleringen. Opgaveskrivning.	Alle	4 timer
8/5-2019	Opgaveskrivning	Alle	4 timer
15/5-2019	Rette opgave	Alle	4 timer