



# Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hovedpinesygdomme - HØRINGSVERSION



**Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med  
hovedpinesygdomme - HØRINGSVERSION**

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

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

**Elektronisk ISBN:** [xx]  
**Den trykte versions ISBN:** [xx]  
**ISSN:** [xx]

**Sprog:** Dansk  
**Version:** 1.0  
**Versionsdato:** [x.xx.xxxx]  
**Format:** pdf  
**Foto:** [Tekst ] – og;

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,  
[Måned og år]

# Indholdsfortegnelse

<b>1. Introduktion .....</b>	<b>5</b>
1.1. Formål og baggrund .....	5
1.2. Metode og vidensgrundlag .....	5
1.3. Anvendte begreber .....	7
<b>2. Sammenfatning af anbefalinger .....</b>	<b>9</b>
2.1. Tværsektoriel organisering .....	9
2.2. Udredning og diagnostik .....	9
2.3. Faglige indsatser .....	9
2.4. Henvi sning og kommunikation .....	10
2.5. Opfølgning .....	10
2.6. Monitorering og kvalitetssikring .....	11
<b>3. Målgruppe, population og sygdomme .....</b>	<b>12</b>
3.1. Afgrænsning af målgruppen .....	12
3.2. Forekomst af hovedpine i befolkningen og sygdomsbyrde .....	12
3.3. Hovedpinesygdomme .....	17
<b>4. Tværsektoriel organisering .....</b>	<b>24</b>
4.1. Baggrund .....	24
4.2. Udfordringer i det tværsektorielle forløb .....	25
4.3. Mulige initiativer inden for organisering af det tværsektorielle hovedpineforløb .....	26
4.3. Opgave- og ansvarsfordeling .....	31
<b>5. Udredning og diagnostik .....</b>	<b>35</b>
5.1. Baggrund .....	35
5.2. Udfordringer i forbindelse med rettidig diagnostik .....	36
5.3. Diagnostisk "værktøjskasse" .....	36
<b>6. Faglige indsatser .....</b>	<b>40</b>
6.1. Baggrund .....	40
6.2. Udfordringer i forbindelse med behandling af hovedpinesygdomme .....	41
6.3. Organisering af faglige indsatser .....	42
6.4. Medicinsk behandling .....	48
6.5. Patientuddannelse (sygdomsmestring) .....	42
6.6. Kognitiv adfærdsterapi (CBT) .....	45
6.7. EMG-biofeedback og andre afspændingsteknikker .....	47
6.8. Superviseret fysisk træning ved sundhedsprofessionel .....	47
6.9. Manuel behandling .....	47
6.10. Akupunktur .....	47
6.11. Indsatser med henblik på arbejdsmarkedstilkn ytn ing .....	48

6.12. Faglige indsatser for specifikke hovedpinesygdomme.....	49
<b>7. Henvisning og kommunikation .....</b>	<b>59</b>
7.1. Henvisning fra almen praksis .....	59
7.2. Henvisning fra neurologisk afdeling eller praktiserende speciallæge .....	61
7.3. Henvisning fra kiropraktor.....	61
7.4. Kommunikation og planlægning mellem aktører .....	61
<b>8. Opfølgning .....</b>	<b>63</b>
8.1. Opfølgning i almen praksis .....	63
8.2. Opfølgning hos fysioterapeut og kiropraktor .....	64
8.3. Opfølgning hos praktiserende neurolog eller neurologisk afdeling .....	64
8.4. Opfølgning i kommunen .....	65
<b>9. Monitorering og kvalitetssikring.....</b>	<b>66</b>
<b>10. Referencer .....</b>	<b>68</b>
<b>11. Bilagsfortegnelse.....</b>	<b>75</b>

# 1. Introduktion

## 1.1. Formål og baggrund

På baggrund af tværsnitsundersøgelser i befolkningen skønnes det, at cirka 770.000 voksne danskere lider af hyppig hovedpine eller migræne. Hyppig hovedpine fører ofte til kontakt med egen læge, og hvis hovedpinen er vedvarende eller funktionsevnebegrænsende, videre udredning og behandling på neurologisk afdeling eller neurologisk speciallægepraksis og forløb hos andre faggrupper i primærsektoren eller i kommunen. Under forløbet er man som patient i berøring med forskellige sektorer og faggrupper i sundhedsvæsenet. Der er behov for, at patienten oplever sammenhæng i forløbet og behandling af høj og ensartet kvalitet.

Nærværende anbefalinger har til formål at understøtte sammenhængende behandlingsforløb for voksne mennesker med episodisk eller kronisk hovedpine, som oplever betydelende begrænsning af funktionsevnen på grund af hovedpine. 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 sundhedsaftalerne, og det forventes også, at anbefalingerne danner grundlag for fremtidige lokale forløbsbeskrivelser og samarbejdsaftaler vedrørende mennesker med hovedpinesygdomme.

Anbefalingerne henvender sig 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 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 hovedpine-sygdomme 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], retningslinjer fra National Institute for Health and Care Excellence (NICE) [3]. Endvidere indgår resultaterne fra en litteratursøgning 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, 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 eksisterende specialiserede behandlingstilbud på sygehusene 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 udarbejdet på baggrund af andre relaterede initiativer og vejledninger på sundhedsområdet, herunder:

- 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

### 1.3. Anvendte begreber

#### **Compliance**

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

#### **Forebyggelse**

Forebyggelsestilbud til patienter med funktionsevnebegrænsende hovedpine anvendes i betydningen forebyggelse med et rehabiliterende sigte, baseret på funktionsevnebegrebet (se nedenfor).

#### **Forløbsprogram**

Forløbsprogram blev defineret i den generiske model for forløbsprogrammer udgivet af Sundhedsstyrelsen i 2008, og defineres 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), og er baseret på WHO's bio-psyko-sociale begrebsmodel. Funktionsevnen omfatter: Kropens funktioner og anatomi, aktiviteter samt deltagelse. Komponenterne påvirker hinanden gensidigt, ligesom den samlede funktionsevne påvirkes af omgivelsesfaktorer, personlige faktorer og helbredsmæssige faktorer.

#### **Komorbiditet**

Komorbiditet defineres som en tilstand hvor en patient har flere sygdomme og/eller tilstande på samme tid

#### **Kronisk sygdom**

Kronisk sygdom defineres her som et rummeligt begreb, hvor de negative følger af sygdommen kan være af fysisk, psykisk og social karakter. Varigheden af sygdommen defineres i disse anbefalinger som mindst 3 måneder.

#### **Patienter og borgere**

Der anvendes benævnelserne 'patient' og 'borger' afhængigt af sammenhængen. Således benyttes betegnelsen 'patient' i beskrivelsen af indsatser i praksissektor og på sygehuse, mens betegnelsen 'borger' benyttes i beskrivelsen af kommunale indsatser. Når målgruppen beskrives på populationsniveau anvendes benævnelsen 'mennesker'/'personer'.

#### **Sygdomsmestring**

Henviser til en struktureret, sundhedspædagogisk indsats, der sigter på at støtte patienten i sin forståelse af livet med en kronisk sygdom, herunder af den konkrete sygdoms

nærmere karakter, 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 forløbsbeskrivelse for specifikke grupper af hovedpinepatienter for at sikre tværsektoriel sammenhæng i patientforløbet
- At der udarbejdes regionale visitationsretningslinjer som implementeres via undervisningstilbud
- At indsatserne inden for rådgivning og undervisning af sundhedsfagligt personale, herunder særligt de praktiserende læger, styrkes med henblik på at opnå højere kvalitet i behandlingen
- At der hos personer med kroniske hovedpinesygdomme i højere grad samarbejdes mellem almen praksis 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 (ICF-modellen)

### 2.3. Faglige indsatser

- At faglige indsatser tilrettelægges individuelt ud fra sygehistorien og en samlet biopsykosocial vurdering
- At patientuddannelse inkluderes i alle behandlingsforløb og tilrettelægges i forhold til hovedpinesygdommens karakter, graden af funktionsevnebegrænsning og tilstedeværelse af psykosociale faktorer som påvirker sygdomsforløbet
- At patienter med hyppig eller kronisk hovedpine altid 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 kronisk hovedpine undersøges for samtidige psykologiske problemstillinger og tilbydes behandling herfor
- At den akutte og forebyggende medicinske behandling for størstedelen af hovedpinesygdomme varetages i almen praksis jf. retningslinjer udgivet af Dansk Hovedpine Selskab
- At øvrige ikke-medicinske indsatser i form af superviseret træning, manuel behandling, afspændingsteknikker, akupunktur og kognitiv terapi overvejes og tilbydes på baggrund af en samlet vurdering af patientens biopsykosociale helbreds-tilstand

## 2.4. Henvisning og kommunikation

- At den praktiserende læge henvises til udredning og behandling hos praktiserende speciallæge i neurologi eller neurologisk afdeling hvis:
  - o patienten har klyngehovedpine
  - o patienten på trods af standardiseret udredning er tvivl om diagnose
  - o egen læge mistanke om alvorlig sekundær hovedpine
  - o patienten har utilfredsstillende effekt af forsøg med mindst 2 typer af forebyggende behandling
  - o patienten har medicinoverforbrugshovedpine, som ikke har kunnet behandles i almen praksis
  - o patienten har komplicerende komorbiditet
- At der henvises til kommunale forebyggelsestilbud, når den praktiserende læge vurderer, at patienten, ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold, kan have gavn af 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 planlægges ud fra den enkeltes behov, og at behandlingseffekt og medicinindtag til hver en tid monitoreres ved hjælp af hovedpinekalenderen
- At der planlægges opfølgning, hvis patienten startes i forebyggende medicinsk behandling eller hvis den medicinske behandling ændres
- At der planlægges tæt og længerevarende opfølgning, hvis patienten behandles for medicinoverforbrugshovedpine, 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 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, som oplever betydende og vedvarende begrænsning af funktionsevnen på grund af hovedpine. Specifikt gives anbefalinger for følgende grupper af borgere/patienter:

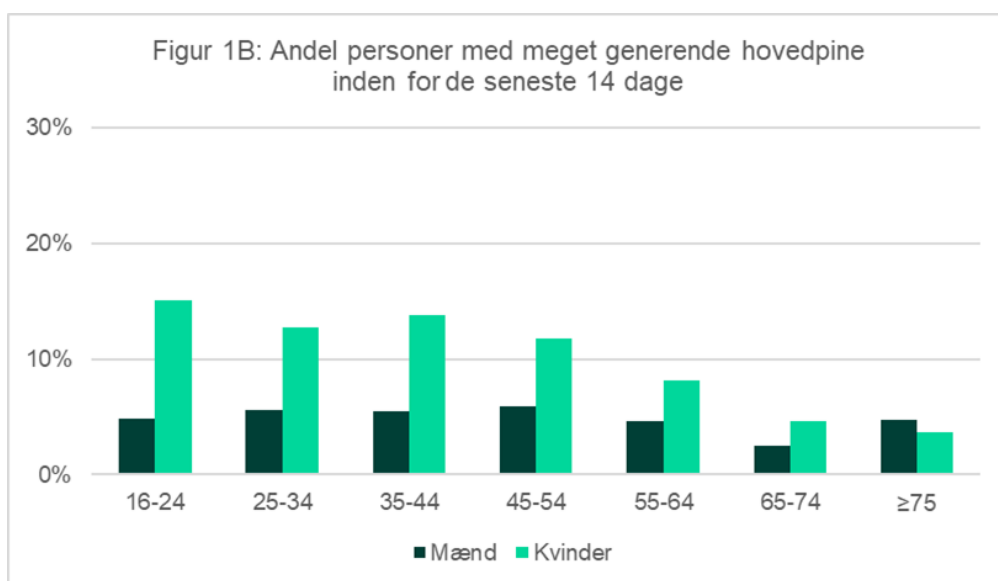
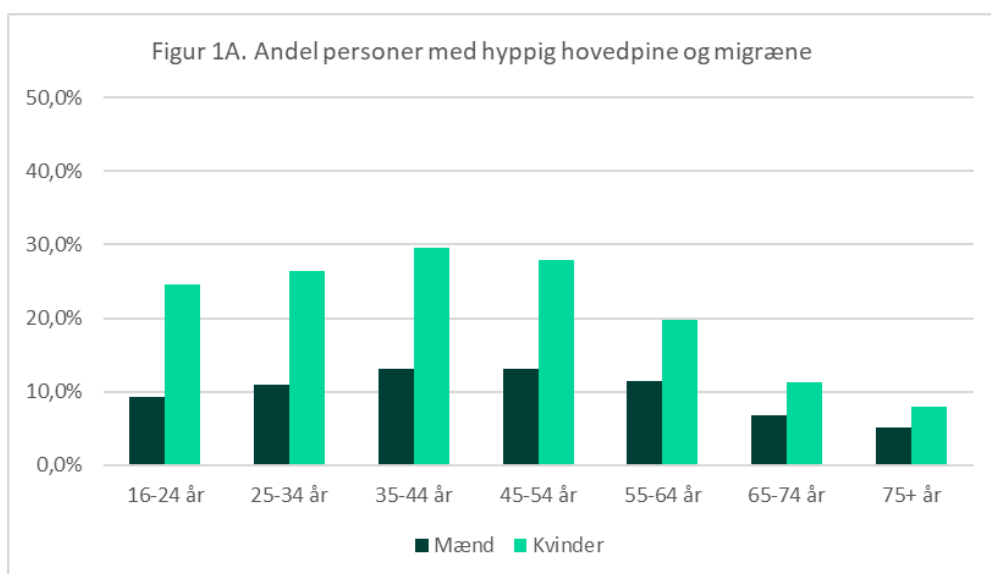
- Personer som henvender sig med funktionsevnebegrænsende hovedpine.
- Personer diagnosticeret med de primære hovedpinesygdomme: migræne, spændingshovedpine og klyngehovedpine.
- Personer diagnosticeret med de sekundære hovedpinesygdomme: medicinoverforbrugshovedpine (MOH) og posttraumatisk hovedpine (PTH).

De specifikke hovedpinesygdomme, migræne, spændingshovedpine, klyngehovedpine, MOH og PTH, er udvalgt enten fordi de er hyppige eller/og giver anledning til funktionsevnebegrænsning og komplicerede behandlingsforløb. Andre hovedpinesygdomme kan også medføre betydende funktionsevnebegrænsning, og de generelle afsnit i nærværende anbefalinger kan derfor også anvendes i forbindelse med planlægning af behandlingsforløb for hovedpinesygdomme som ikke specifikt er beskrevet i anbefalingerne.

Anbefalingerne omfatter ikke akut opstået hovedpine eller hovedpine som ikke medfører betydende funktionsevnebegrænsning.

### 3.2. Forekomst af hovedpine 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 hyppig hovedpine eller migræne [4]. Forekomsten var højest blandt kvinder i aldersgruppen 35-44 år (Figur 1A). Deltagerne blev desuden spurgt om de inden for de seneste 14 dage havde været meget generet af hovedpine, lidt generet, eller slet ikke. Her rapporterede 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 (Figur 1B). Blandt kvinderne, var der flere i de yngre aldersgrupper som var meget generet af hovedpine.

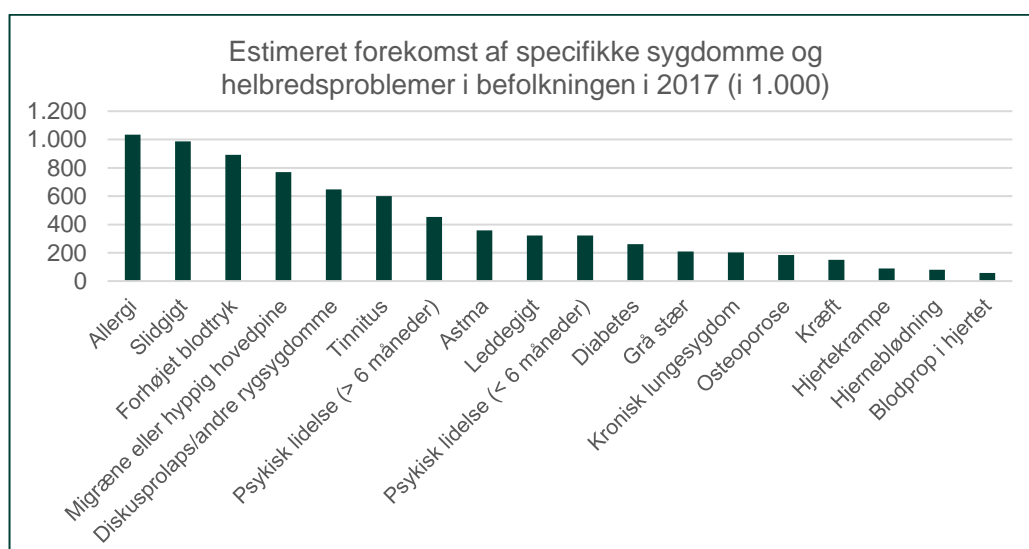


Figur 1: Andel personer som i den nationale sundhedsprofil for 2017 rapporterer A) at have hyppig hovedpine eller migræne og B) At have været meget generet af hovedpine inden for de seneste 14 dage Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil for 2017, finansieret af Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Midtjylland, Region Nordjylland, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Data er indsamlet af de fem regioner og Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Aflæst på [www.danskernessundhed.dk](http://www.danskernessundhed.dk) d. 28.01.2019.

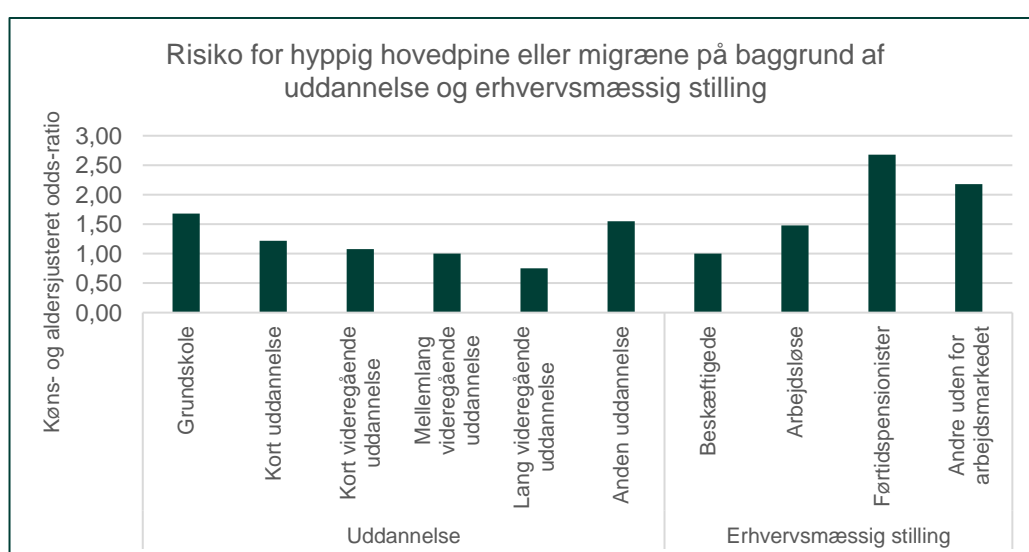
I undersøgelsen spurgte man til forekomst af 18 forskellige specifikke sygdomme og helbredsproblemer, som blev udvalgt fordi de forårsager mange dødsfald, eller fordi de fører til nedsat livskvalitet og funktionsevne i store dele af befolkningen. Hyppig hovedpine og migræne var den fjerde hyppigste rapporterede lidelse hos både mænd og kvinder, og

det estimeredes, at 770.000 personer i befolkningen på et givet tidspunkt ville have hyppig hovedpine eller migræne (Figur 2).

Den nationale sundhedsprofil for 2017 undersøgte også forekomsten af hyppig hovedpine eller migræne i forhold til uddannelse og erhvervmæssig stilling. Risikoen for at have hyppig hovedpine eller migræne var størst blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse, og når det gælder beskæftigelse, var risikoen højere for førtidspensionister, arbejdsløse, eller andre uden for arbejdsmarkedet (Figur 3).



Figur 2: Estimeret forekomst af specifikke sygdomme og helbredsproblemer i befolkningen i 2017. Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil for 2017, finansieret af Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Midtjylland, Region Nordjylland, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Data er indsamlet af de fem regioner og Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Aflæst på [www.danskernessundhed.dk](http://www.danskernessundhed.dk) d. 28.01.2019.

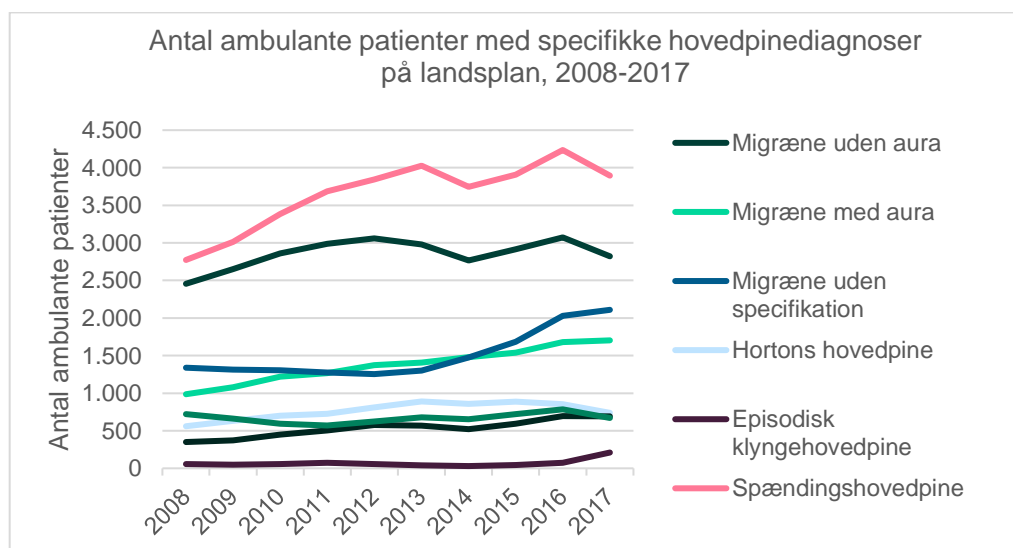


Figur 3. Risiko for hyppig hovedpine eller migræne på baggrund af uddannelse og erhvervmæssig stilling. Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil for 2017, finansieret af Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Midtjylland, Region Nordjylland, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Data er indsamlet af de fem regioner og Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Af-læst på [www.danskernesundhed.dk](http://www.danskernesundhed.dk) d. 28.01.2019.

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

Det estimeres, at hovedpine som symptom udgør 20 % af det samlede sygefravær i Danmark [5], hvoraf migræne menes at udgøre 14 % [6]. Migræne er den hovedpinesygdom som er bedst undersøgt og skønnes at have de største samfundsøkonomiske konsekvenser. Ifølge Sundhedsstyrelsens rapport om sygdomsbyrden i Danmark (2015), har personer med migræne årligt 1.7 mio. flere besøg i almen praksis end personer uden migræne, svarende til 5 % af alle besøg i almen praksis, og det skønnes at migræne hvert år koster samfundet 420 mio. kr. i behandling og 1.2 mia.kr. i tabt produktion [6].

Da de fleste personer med hovedpinesygdomme behandles i almen praksis findes der ikke præcise opgørelser over antallet af personer i Danmark som har en specifik hovedpinesygdom, men på landsplan behandles flere patienter med hovedpinesygdomme i dag ambulant på sygehusene end for 10 år siden, fx viser udtræk fra landspatientregisteret at 7.217 patienter blev behandlet ambulant for migræne og spændingshovedpine i 2008, mens antallet i 2017 var 11.226 patienter. Stigningen i antallet af ambulante patienter har været størst i Region Hovedstaden og Region Syddanmark (bilag 4). Figur 4 viser antallet af ambulant behandlede patienter fordelt på specifikke hovedpinediagnoser på landsplan i perioden 2008-2017.



Figur 4. Antal ambulante patienter med specifikke hovedpinediagnoser per år i perioden 2008-2017. Aktiviteten er afgrænset til patienter med diagnoserne DG43\* og DG44\* i forbindelse med et ambulant sygehusbesøg på et offentligt sygehus i opgørelsesåret. Kilde: Landspatientregisteret pr. 10.11.2018, Sundhedsdatastyrelsen.

Sundhedsstyrelsen har via Danske Regioner spurgt regionerne om hvilke tilbud landets syghuse har til patienter med hovedpinesygdomme, hvad ventetiderne er på behandling på afdelinger som behandler patienter med hovedpinesygdomme samt om der er udarbejdet forløbsbeskrivelser eller visitationskriterier. Resultaterne er resumeret i [bilag 4](#). Trods at der mange steder er gjort en indsats for at nedbringe ventetiderne og at visitationskriterier er indført flere steder for at begrænse kapacitetsproblemer, er der fortsat lang ventetid til de specialiserede behandlingstilbud fra 8-9 måneder og helt op til flere års ventetid ([bilag 4](#)). Et eksempel på et højt specialiseret behandlingstilbud og fordelingen af patienter kan ses i boks 1.

### Boks 1: Dansk Hovedpine Center

Dansk Hovedpine Center varetager både hoved- og regionsfunktion samt højt specialiseret funktion af hovedpinesygdomme og ansigtssmerter, og modtager skønsmæssigt 2200 henvisninger om året. Centret har en kapacitet på 1325 nye patienter om året. En del henvisninger afvises, men flere henvisninger kan ikke afvises eller viderehenvises til anden side, da der ikke er andre tilbud til patienterne.

I 2018 udgjorde samtlige ambulante besøg ved alle faggrupper 11.042 besøg, heraf var 1414 nye patienter. De behandlede patienters fordeling sig på primære diagnoser i en fordeling, der ikke varierer meget år for år, og mange patienter har flere diagnoser:

- 40% Migræne
- 24% Spændingshovedpine
- 14% Klyngehovedpine
- 8% Trigeminusneuralgi
- 6% Posttraumatisk Hovedpine
- 5% IIH - Idiopatisk Intrakraniell Hypertension
- 16% MOH – Medicinoverforbrugshovedpine
- 4% Atypiske ansigtssmerter
- 6% Andre hovedpinesygdomme/ansigtssmerter

Dansk Hovedpinecenter har på nuværende tidspunkt en ventetid på en forundersøgelse på 8-9 måneder. Patienterne visiteres individuelt i forhold til diagnose og kompleksitet. Patienter med diagnoserne IIH, Trigeminusneuralgi og klyngehovedpine prioriteres behandlet inden for 1 måned, mens patienter med migræne og spændingshovedpine typisk venter 8-9 måneder.

(Kilde: Dansk Hovedpine Center og Region Hovedstaden)



### 3.3. Hovedpinesygdomme

Hovedpinesygdomme inddeles overordnet 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. De hyppigste primære hovedpinesygdomme er migræne og spændingshovedpine, mens medicinoverforbrugshovedpine er den hyppigste sekundære hovedpineform. Mange mennesker med hovedpinesygdomme lider af flere forskellige slags hovedpine – især er der mange patienter med migræne som også lider af samtidig spændingshovedpine og nakkesmerter[7].

#### 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% oplever det ugentligt, og 3% har kronisk spændingshovedpine ( $\geq 15$  gange/måned) [5].

Spændingshovedpine inddeles i en episodisk- og en kronisk type, hvor episodisk spændingshovedpine kommer i anfald, mens kronisk spændingshovedpine er til stede mindst 15 dage om måneden. Diagnostiske kriterier for spændingshovedpine ses af Tabel 1.

Karakteristisk er der tale om en pressende hovedpine uden ledsagende symptomer, fraset at der også ofte er samtidig ømhed af tyggemusklér og nakkemusklér.

Årsagerne til spændingshovedpine er uafklarede, men muskelspændinger i nakkeregionen og på ydersiden af hovedet, stress, forkerte arbejdsstillinger samt uregelmæssig søvn og ændrede kost- og motionsvaner kan formentlig være medvirkende til at udløse et anfald. Ved både episodisk og kronisk spændingshovedpine er en ændret central smerteopfattelse også involveret.

Behandlingen er primært ikke-medicinsk og indeholder patientuddannelse, identificering af udløsende faktorer, superviseret træning eller afspændingsøvelser eventuelt i kombination med manuel behandling samt stress- og smertehåndtering. Den enkelte episode kan behandles med svage smertestillende tabletter, men man skal være tilbageholdende ved hyppige episoder, da der er stor risiko for samtidig medicinoverforbrugshovedpine (MOH). Hos patienter med kronisk spændingshovedpine kan forebyggende behandling med specifikke typer af antidepressiv medicin i nogle tilfælde have effekt, mens andre typer ikke har virkning [1].

Tabel 1. Diagnostiske kriterier for spændingshovedpine
<p>Hyppig episodisk hovedpine af spændingstype</p> <p>Mindst 10 episoder der forekommer i gennemsnitligt 1-15 dage/måned i mere end 3 måneder og opfylder nedenstående kriterier:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hovedpine varende fra 30 minutter til 7 dage</li> <li>2) Hovedpinen har mindst 2 af følgende karakteristika: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hovedpine svarende til begge sider af hovedet/ansigtet</li> <li>• Pressende/strammende (ikke pulserende) karakter</li> <li>• Mild eller moderat intensitet</li> </ul> </li> </ol> <p>Ingen forværring ved rutinemæssig fysisk aktivitet som f.eks. at gå op af trapper</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hverken kvalme eller opkastninger (madlede kan forekomme)</li> <li>2) Højst ét af følgende: lysfølsomhed eller lydfølsomhed</li> <li>3) Hovedpinen skyldes ikke anden sygdom</li> </ol>
<p>Kronisk hovedpine af spændingstype</p> <p>Som ovenstående bortset fra:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hovedpinen forekommer gennemsnitligt mere end 15 dage/måned i mere end 3 måneder</li> <li>2) Hovedpinen varer timer eller er konstant tilstede</li> <li>3) Højst ét af følgende: lysfølsomhed eller lydfølsomhed eller mild kvalme</li> <li>4) Hverken moderat eller svær kvalme eller opkastning</li> </ol> <p>Kilde: The International Classification of Headache Disorders 3<sup>rd</sup> edition, Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS).</p>

### 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[5]. Ifølge WHO's opgørelse af sygdomsbyrde, er migræne globalt set blandt de hyppigste årsager til sygelighed (disability) blandt 15-49-årige og rangerer som den dyreste i antal tabte år med sygelighed (disability-adjusted life years (DALY) [8].

Migræne inddeles i migræne uden aura og migræne med aura (Tabel 2). Begge typer er karakteriseret ved anfald med oftest ensidig hovedpine af pulserende karakter, som kan vare fra få timer og op til tre døgn. Anfaldene ledsages ofte af kvalme og opkastning, lys- og lydfølsomhed, og forværring ved fysisk aktivitet. Der kan også være forvarslingssymptomer i timer til døgn før anfaldet starter, f.eks. i form af humørændringer, ændringer i appetit og søvnforstyrrelser. Ved migræne med aura forudgås hovedpinen af aurasymptomer, f.eks. i form af forbigående synsforstyrrelser, føleforstyrrelser eller talebesvær.

Årsagerne til migræne er ikke afklaret med sikkerhed; men 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 smertestillende medicin eventuelt i kombination med kvalmestillende medicin eller specifikke migrænemidler. Ved hyppige anfald eller utilfredsstillende effekt af anfalds behandling kan der være behov for forebyggende medicin [1], og i nogle tilfælde kan ikke-medicinsk behandling også have effekt – særligt hvis der er samtidig spændingshovedpine eller nakkesmerter.

**Tabel 2. Diagnostiske kriterier for migræne**

**Migræne uden aura**

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**

Mindst 2 anfald som opfylder nedenstående kriterier:

- 1) Aura bestående af mindst ét af følgende:
  - a) Forbigående synsforstyrrelser (f.eks. flimmer, pletter eller linjer og/eller synstab)
  - b) Forbigående føleforstyrrelser (f.eks. prikken og stikken og/eller følelsesløshed)
  - c) Forbigående tale- eller sprog-forstyrrelser
  - d) Svimmelhed, dobbeltsyn, bevidsthedssvækkelse
- 2) Mindst 2 af følgende:
  - a) Mindst et aurasymptom udvikles gradvist over mindst 5 minutter, og7eller forskellige aurasymptomer opstår i forlængelse af hinanden
  - b) Hvert symptom varer mindst 5 minutter og under 60 minutter
  - c) Mindst et symptom er ensidigt
  - d) Hovedpine begynder under eller efter aura inden for 60 minutter
- 3) Hovedpinen skyldes ikke anden sygdom

Kilde: The International Classification of Headache Disorders 3<sup>rd</sup> edition, Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS).

### 3.3.3. Klyngehovedpine

Klyngehovedpine er en relativt sjælden men meget invaliderende hovedpinesygdom, som rammer 3-4 gange så mange mænd som kvinder, og starter oftest i 20-40 års alderen. Det skønnes at cirka 1/1000 har klyngehovedpine [9], og man antager derfor at 5.500 personer i Danmark lider af klynge-hovedpine. Personer med klyngehovedpine oplever ofte at skulle leve med symptomerne i flere år før den korrekte diagnose stilles, ligesom sygdommen menes at være underdiagnosticeret blandt kvinder og ofte fejldiagnosticeres som migræne eller spændingshovedpine [10].

Klyngehovedpine karakteriseres ved anfald af intense skærende eller brændende smerter som hyppigst er lokaliseret bag eller omkring det ene øje. Varigheden af hvert anfald er mellem 15 minutter til 3 timer. Sygdommen findes også 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 samt hængende øjenlåg og hævelse af øjenlåget på samme side (Tabel 3).

Årsagen til sygdommen kendes ikke, men arvelighed spiller en rolle i nogle tilfælde. Klyngehovedpine behandles dels med smertelindring under anfald, og dels ved at forebygge nye anfald. Iltinhalation er ofte en effektiv anfalds behandling, mens migrænemedicin kan benyttes mod anfald i nogle tilfælde [1]. Behandlingen er en specialistopgave og patienterne skal derfor henvises til akut vurdering enten hos praktiserende neurolog eller neurologisk afdeling.

Tabel 3. Diagnostiske kriterier for klyngehovedpine	
<b>Episodisk klyngehovedpine</b>	
<p>Mindst 5 anfald i mindst 2 klyngeperioder varende 7-365 dage (ubehandlet) og adskilt af anfaldsfri perioder på mindst 1 måned, som opfylder nedenstående kriterier:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Stærk ensidig smerte som er lokaliseret til øjet, over øjet eller i tindingen og varer 15 minutter til 3 timer uden behandling</li> <li>2) Hovedpinen ledsages af mindst et af følgende symptomer på samme side som hovedpinen: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Rødt øje og/eller tåreflåd</li> <li>b) Tæthed i næsen og/eller løbende næse</li> <li>c) Hævet øjenlåg</li> <li>d) Pande- og ansigtssved</li> <li>e) Propfornemmelse i øret</li> <li>f) Formindsket pupil eller hængende øjenlåg på samme side</li> <li>g) Følelse af rastløshed eller ophidselse</li> </ol> </li> <li>3) Anfalds hyppighed fra et til hver anden dag til 8 om dagen</li> <li>4) Hovedpinen skyldes ikke anden sygdom</li> </ol>	
<b>Kronisk klyngehovedpine</b>	
<p>Som ovenstående bortset fra at der ikke er anfalds fri perioder gennem et år eller mere eller anfalds fri perioder varende under 1 måned.</p>	
<p>Kilde: The International Classification of Headache Disorders 3<sup>rd</sup> edition, Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS).</p>	

### 3.3.4. Medicinoverforbrugshovedpine (MOH)

Medicinoverforbrugshovedpine opstår oftest sekundært til andre hovedpineformer, og skyldes et overforbrug af smertestillende medicin eller migrænemedicin igennem en periode på mindst tre måneder. Det skønnes at 2% af den danske befolkning har medicinoverforbrugshovedpine, og kvinder rammes tre gange så hyppigt som mænd [11]. Alle typer anfaldsmedicin mod smerter kan fremkalde medicinoverforbrugshovedpine, også selvom det tages for anden type smerte end hovedpine.

Medicinoverforbrugshovedpine 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.

Medicinoverforbrugshovedpine 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 nødvendigt.

**Tabel 4. Diagnostiske kriterier for medicinoverforbrugshovedpine**

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hovedpine i mindst 15 dage/måned</li> <li>2) Regelmæssig overforbrug i mere end 3 måneder af et eller flere af følgende medikamina               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Ergotaminer, triptaner, opioider eller en kombination heraf i mere end 10 dage/måned</li> <li>b) Simple smertestillende midler fx paracetamol/Acetylsalicylsyre/NSAID i mindst 15 dage/måned</li> <li>c) Hovedpine er udviklet eller markant forværret under medicinoverforbruget</li> </ol> </li> </ol> |
|---|

Kilde: The International Classification of Headache Disorders 3<sup>rd</sup> edition, Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) [12].

### 3.3.5. Posttraumatisk hovedpine

Posttraumatisk hovedpine opstår inden for en uge efter et nakke- eller hovedtraume, og hvis hovedpinen ikke forsvinder inden for de første to måneder er der tale om persisterende posttraumatisk hovedpine (Tabel 5). Der findes ikke nyere opgørelser over forekomsten af posttraumatisk hovedpine, men seneste opgørelse fra 1992 viste, at livstidsprævalensen af post-traumatisk hovedpine i Danmark var 4,7% hos mænd og 2,4% hos kvinder [13]. Et nyere norsk studie fandt, at 1-års prævalensen af persisterende posttraumatisk hovedpine var 0,21% i befolkningen [14].

Posttraumatisk hovedpine 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.

Sygdommen udgør et stort sundhedsmæssigt problem fordi hovedpinen er vedvarende, svær at behandle, medfører langvarig sygemelding og stor påvirkning af funktionsevnen, og ofte kompliceres af andre symptomer såsom svimmelhed, påvirkning af synet og koncentrationsbesvær [15].

Årsagerne er fortsat uafklarede. Risikofaktorer for udvikling af posttraumatisk hovedpine kan være tidligere tendens til hovedpine [16].

Behandlingen er primært ikke-medicinsk, men der mangles viden om hvordan vedvarende posttraumatisk hovedpine bør behandles. På nuværende tidspunkt anbefales pauser/hvil mellem aktiviteter, fysisk aktivitet fx i form af superviseret træning, stabilt søvn-mønster og eventuelt afspændingsøvelser. Lettere tilfælde kan behandles med svage smertestillende tabletter i kortere perioder for at undgå sekundær udvikling af medicin-overforbrugshovedpine.

**Tabel 5. Diagnostiske kriterier for kronisk posttraumatisk hovedpine**

- 1) Hovedpinen er opstået efter et hovedtraume
- 2) Hovedpinen har udviklet sig indenfor 7 dage efter en af følgende:
  - a) Hovedtraume
  - b) Genvinding af bevidsthed efter hovedtraume
  - c) 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 3<sup>rd</sup> edition, Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) [12].

## 4. Tværsektoriel organisering

Sundhedsstyrelsen anbefaler:

- At der udarbejdes forløbsbeskrivelse for specifikke grupper af hovedpinepatienter for at sikre tværsektoriel sammenhæng i patientforløbet
- At der udarbejdes regionale visitationsretningslinjer som implementeres via undervisningstilbud
- At indsatserne inden for rådgivning og undervisning af sundhedsfagligt personale, herunder særligt de praktiserende læger, styrkes med henblik på at opnå højere kvalitet i behandlingen
- At der hos personer med kroniske hovedpinesygdomme i højere grad samarbejdes mellem almen praksis og kommunerne om forebyggende indsatser

### 4.1. Baggrund

Der har gennem de senere år været et stigende fokus 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 kan have behov for at modtage indsatser på tværs af flere sektorer, og forskellige aktører kan være involveret i henholdsvis forebyggelse, udredning, behandling og rehabilitering (Figur 5).

I Danmark foregår udredning og behandling af hovedpinesygdomme generelt på 3 niveauer:

- Udredning, diagnostik og behandling af ukompliceret migræne og spændingshovedpine håndteres primært af egen læge – i nogle tilfælde i samarbejde med andre aktører i primærsektoren (fx fysioterapeuter eller kiropraktorer).
- Komplicerede hovedpinesygdomme, en diagnostisk uafklaret patient, eller patienter med klyngehovedpine, henvises til fortsat udredning og behandling hos praktiserende speciallæge i neurologi eller lokal neurologisk afdeling.
- De tværfaglige hovedpinecentre behandler sjældne primære eller sekundære hovedpineformer, eller hovedpinepatienter hvor behandling i primær- eller sekundærsektor ikke har været muligt.



På alle 3 niveauer kan der være behov for ikke-medicinsk behandling, som fx kan varetages af fysioterapeuter, kiropraktorer eller psykologer. Rehabiliterende indsatser kan varetages af kommunerne, mens der hos patientforeninger fx ofte kan være tilbud om patientuddannelse og rådgivning.



Figur 5. Oversigt over mulige aktører og indsatser i et behandlingsforløb for en hovedpinepatient

## 4.2. Udfordringer i det tværsektorielle forløb

Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe har peget på en række udfordringer i det tværsektorielle behandlingsforløb. Det er vigtigt, at behandlingsforløbet er sammenhængende og at de sundhedsfaglige aktører har den rette viden om hovedpinesygdomme, at der fokuseres på at undgå forværring af funktionsevnen via fokus på psykosociale faktorer og fore-

byggende indsatser, at der ikke er længerevarende ventetid på specialiserede behandlingstilbud, samt at der i behandlingsforløbet er en klar koordinering og ansvarsfordeling mellem primærsektor, sekundærsektor og kommunerne.

Opgavefordeling og kommunikationen mellem sundhedsvæsenets aktører kan defineres i tværsektorielle forløbsbeskrivelser, 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 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. Dette kræver dog også ændringer på lovgivningsniveau.

Personer med hovedpinesygdomme benytter sjældent kommunernes forebyggende indsatser – både på grund af manglende viden om at kommunerne har tilgængelige og relevante tilbud, men også på grund af manglende tillid til effekten af indsatserne.

Endelig påpeger arbejdsgruppen, at der opleves forskel på de behandlingstilbud og forebyggende indsatser, patienterne tilbydes, alt efter hvor de bor i landet fx når det gælder ventetid på højt specialiseret behandling.

### 4.3. Mulige initiativer inden for organisering af det tværsektorielle hovedpineforløb

#### 4.3.1. En beskrivelse af det tværsektorielle hovedpineforløb

Hos patienter med komplicerede hovedpinesygdomme, kan der være behov for en systematisk beskrivelse af det tværsektorielle patientforløb. Dette kan fx gøres via et forløbsprogram, som er en standardiseret beskrivelse af en patientgruppes vej gennem sundhedsvæsenet. I forløbsprogrammer beskriver man den samlede faglige, tværsektorielle og koordinerede indsats, der sikrer videst mulig anvendelse af evidens, og forløbsprogrammet indeholder en beskrivelse af opgavefordeling, koordinering og kommunikation mellem involverede parter [17].

Ingen regioner har endnu udarbejdet forløbsprogrammer for patienter med hovedpinesygdomme, men der findes forløbsprogrammer for en række andre kroniske sygdomme, fx diabetes type 2, hjertekarsygdomme og lænderygsmerter [18]. En evaluering af forløbsprogrammerne i Region Hovedstaden viste, at der overordnet var tilfredshed med forløbsprogrammerne, men at der ikke var en entydig effekt i forhold til at det tværsektorielle samarbejde var blevet bedre [19]. Evalueringen pegede på, at det er vigtigt at programmernes målgruppe præciseres, at samarbejdet på tværs af kommunegrænser og

mellem kommuner og hospitaler skal styrkes, samt at implementeringen af programmerne i praksissektoren skal sikres.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at der er behov for at beskrive forløbet for patienter med komplicerede hovedpinesygdomme for at sikre et sammenhængende hovedpineforløb på tværs af sektorer. Erfaringer fra andre forløbsprogrammer eller forløbsbeskrivelser kan benyttes, og det anbefales, at anvendelse og implementering sikres på alle niveauer i sundhedsvæsenet for at opnå den ønskede effekt, som er en øget kvalitet i behandlingen af hovedpinepatienter.

#### 4.3.2. Visitationsretningslinjer

I flere regioner har man valgt at formulere fælles retningslinjer for hvordan og hvornår patienter med hovedpinesygdomme skal visiteres til de specialiserede hovedpineambulatorier eller tværfaglige hovedpinecentre. Formålet er at sikre, at hovedpinepatienter tilbydes det rette behandlingsniveau og at de specialiserede kompetencer anvendes til de mest komplicerede patienter. På baggrund af de gode erfaringer anbefales det, at alle regioner udarbejder visitationsretningslinjer, og at det ved fælles undervisning sikres at alment praktiserende læger, praktiserende neurologer og neurologer på sygehuse har kendskab til retningslinjerne og den nyeste evidens for behandling af hovedpinesygdomme. Visitationsretningslinjerne kan fx 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. Et eksempel på fælles visitationsretningslinjer er beskrevet i Boks 1.

#### **Boks 1. 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 neurologer på hovedfunktionsniveau. 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-henvi-ning-af-hovedpinepatienter/>

#### 4.3.3. Rådgivning og undervisning

Det anbefales at undervisning og konkret rådgivning om behandling af hovedpinesygdomme i højere grad gøres tilgængelig for sundhedsfagligt personale som behandler hovedpinepatienter uden for de specialiserede behandlingstilbud; dette gælder primært praktiserende læger, neurologer, sygeplejersker, fysioterapeuter og kiropraktorer. Andre faggrupper kan også inddrages – fx sundhedsfagligt personale som arbejder med de forebyggende tilbud i kommunerne. Det anbefales, at det i regionernes forløbsbeskrivelser defineres hvem der har ansvaret for rådgivning og undervisning af sundhedsfagligt personale, og at der sikres en klar opgavefordeling.

Flere tværfaglige hovedpinecentre varetager en rådgivningsfunktion, hvor der ydes rådgivning om behandling af hovedpinesygdomme fx til de praktiserende læger. Rådgivningen betyder at der skal sættes ressourcer af til funktionen, men også at mange patienter kan håndteres i almen praksis fremfor at skulle henvises til vurdering og behandling på sygehusene. Rådgivningsfunktionen kan løses på forskellige måder, og bør tilrettelægges på baggrund af de lokale forhold.

Oxfordshire Clinical Commissioning Group har evalueret et visitationssystem "Oxfordshire Headache Pathway for the Efficient Diagnostic and Management Support of Headache Disorders" som er baseret på retningslinjer fra de engelske NICE guidelines og inkluderer letlæste retningslinjer til almen praksis, en central visitation til en hovedpine-konsulent som triagerer patienterne til hhv. rådgivning til henvisende læge, billeddiagnostik uden konsultation, henvisning til lokal hovedpineklínik, henvisning til sygehus med hovedfunktion i neurologi eller henvisning til specialiseret hovedpinecenter. Evalueringen viste at systemet var til glæde for patienterne og reducerede både behandlingsomkostninger og kapacitetsproblemer på sygehusene, men der var fortsat udfordringer såsom at få stillet den korrekte diagnose tidligt i forløbet [20].

Det anbefales, at regionerne prioriterer undervisning og videreuddannelse af sundhedsfagligt personale med henblik på at forbedre kvaliteten af det tværsektorielle patientforløb og øge kendskabet til evidensbaseret behandling af hovedpinesygdomme. Som eksempel kan nævnes Region Syd, hvor man har planlagt undervisningstilbud til praktiserende læger med henblik på at øge kendskabet til visitationsretningslinjer og gældende evidens inden for behandling af hovedpinesygdomme, og med et overordnet fokus på at løse problemer med lange ventetider til udredning og behandling på sygehuse med regionsfunktion.

Andre initiativer vedrørende undervisning og rådgivning om hovedpinesygdomme kan med fordel udvikles i samarbejde med Nationalt Videnscenter for Hovedpine, som beskrives i boks 3 nedenfor. Videnscentret blev etableret i 2018, og har blandt andet til formål at udbrede viden om hovedpinesygdomme til sundhedsfagligt personale på nationalt niveau. Som et eksempel på et undervisningssamarbejde, kan nævnes at Videnscenteret, i samarbejde med Dansk Hovedpinecenter, afvikler et årligt klinisk kursus rettet mod læger og andre behandlere med interesse for hovedpine.

## Boks 2: Nationalt Videnscenter for Hovedpine

Nationalt Videnscenter for Hovedpine er etableret i tilknytning til Dansk Hovedpinecenter på Rigshospitalet, Glostrup, og har til formål at samle og formidle viden om hovedpine til sundhedsfagligt personale, mennesker med hovedpine og pårørende samt den almene befolkning.

Konkrete fokusområder for videnscenteret inkluderer blandt andet at:

- understøtte Danmarks førerposition inden for forskning i hovedpine
- arbejde for vidensdeling og -formidling til sundhedsfagligt personale med udgangspunkt i evidensbaseret viden
- samarbejde med de danske patientforeninger med henblik på oplysning og vidensdeling til mennesker med hovedpine og pårørende
- 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 medicinoverforbrugshovedpine (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 har man desuden oprettet en masteruddannelse i hovedpinesygdomme på Københavns Universitet, som er målrettet til at kvalificere sundhedsfagligt personale til at behandle hovedpinepatienter<sup>1</sup>. 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 vil fx kunne tilbydes til sygeplejersker i regioner, kommuner og almen 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.

<sup>1</sup> Uddybende information om Master i Hovedpinesygdomme på Københavns Universitet kan findes på <https://mhd.ku.dk/>.

#### 4.3.4. Øget brug af kommunale forebyggelses- og sundhedstilbud

Kommunale tilbud til borgere med kronisk sygdom og andre sundhedstilbud i kommunerne benyttes sjældent af hovedpinepatienter, og det tværsektorielle samarbejde er udfordret af, at der i praksissektoren mangler viden om de kommunale forebyggelsestilbud. Kommunernes landsforening udgav i august 2018 et analysenotat som belyser omfanget af elektroniske henvisninger foretaget af alment praktiserende læger til kommunale forebyggelsestilbud i perioden 2014-2017[21]. Analysen viste at kun ca. 0,5% af voksne borgere blev henvist til kommunale tilbud, hvilket vurderes at være lavt i betragtning af at hver femte voksne dansker har en kronisk sygdom<sup>2</sup>. Analysen viste desuden at der var stor spredning i antallet af henvisninger pr. lægepraksis og mellem kommuner. På baggrund heraf må det vurderes at meget få hovedpinepatienter på nuværende tidspunkt henvises til kommunale sundhedstilbud.

Sundhedsstyrelsen udgav i 2016 anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom[22]. 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. MedCom har på baggrund heraf udarbejdet en henvisningsstandard XREF15 og afslutningsnotat XDIS15, som giver mulighed for dynamisk henvisning og bedre tværsektorielt samarbejde mellem almen praksis eller sygehus og kommunen<sup>3</sup>. Henvisningsstandarden blev implementeret i februar 2019, og kan benyttes af alment praktiserende læger og speciallæger. Ikke alle sygehuse er endnu tilknyttet henvisningssystemet, men i så fald kan det tidligere henvisningssystem REF01 fortsat benyttes.

Eksempler på eksisterende forebyggelsestilbud er beskrevet i detaljer i kapitel 6.5.1. De kommunale sundhedstilbud findes på sundhed.dk på SOFT-portal. For at understøtte anvendeligheden af oplysningerne på sundhed.dk bør kommunerne altid have en fyldestgørende og opdateret beskrivelse af tilbuddene.

Det foreslås, at hovedpinepatienter inkluderes i de eksisterende evidensbaserede forebyggelsestilbud i kommunerne.

En øget informationsindsats til de praktiserende læger om kommunale tilbud ville medføre at flere patienter ville blive henvist, og det anbefales derfor kommunerne samarbejder med almen praksis om at øge kendskabet til kommunens forebyggelses- og sundhedstilbud, men at kommunerne også arbejder på at øge kendskabet blandt patienter, da en undersøgelse har peget på at der både er barrierer blandt læger og patienter i forhold til at benytte de kommunale sundhedstilbud [23].

<sup>2</sup> Der henvises til Kommunernes Landsforening <https://www.kl.dk/media/14640/a2fnivq8zzeoqic2vgbc.pdf> for yderligere information.

<sup>3</sup> Mere information kan findes på <https://www.medcom.dk/projekter/kommunal-henvisning>.

### 4.3. Opgave- og ansvarsfordeling

Forløb for hovedpinepatienter kan beskrives i forløbsprogrammer, men bør også tilrettelægges individuelt på baggrund af graden af funktionsevnebegrænsning hos den enkelte, 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, men overordnet anbefales en opgave- og ansvarsfordeling som beskrevet nedenfor.

#### 4.4.1. Almen praksis

Den praktiserende læge har det samlede overblik over patientens sygdomshistorie og behandlingsbehov, og fungerer derfor naturligt som tovholder for patientforløbet og for det tværsektorielle samarbejde. I mange tilfælde kan hele patientforløbet håndteres i almen praksis, men patienter med komplicerede hovedpinesygdomme vil ofte have behov for tværsektorielle indsatser.

Det er vigtigt at den almen praktiserende læge kan vurdere hvilket behandlingsniveau den enkelte patient har behov for, så de højt specialiserede behandlingstilbud kun anvendes til de mest komplicerede patienter. Samtidig er det også vigtigt at de mest komplicerede patienter henvises uden unødigt forsinkelse. En forudsætning for at dette kan lade sig gøre er at den praktiserende læge er klædt på til opgaven og har tilstrækkelig viden om diagnostik og behandling af hovedpinesygdomme.

I forbindelse med den indledende udredning og diagnostik forholder den praktiserende læge sig til en række differentialdiagnostiske og komorbide tilstande, som kan have betydning for hovedpineforløbet.

Den alment praktiserende læge har desuden gode forudsætninger for at vurdere graden af funktionsevnebegrænsning, og om psykosociale faktorer har en betydning for patientens sygdom. 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 samarbejde<sup>4</sup>, og de opgaver, som almen praksis forpligtes til at udføre, beskrives i praksisplanen [24]. Det er regionens praksisudvalg, hvor både region, kommuner og almen praksis er repræsenteret, som udarbejder en plan for almen praksis' opgaver i regionen [24]. Der kan desuden være behov for lokale aftaler mellem almen praksis og kommunerne i forhold til samarbejdet omkring særlige patientgrupper. Lokale aftaler indgår også i praksisplanen. Det anbefales at almen praksis' rolle i det tværsektorielle forløb for hovedpinepatienter defineres i sundhedsaftalerne, og indarbejdes i de lokale praksisplaner.

<sup>4</sup> Regionernes sundhedsaftaler kan ses i detaljer på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: <https://www.sst.dk/da/planlaegning/sundhedsaftaler/sundhedsaftaler-2015-2018>



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

Hos patienter med ukompliceret spændingshovedpine, migræne eller posttraumatisk hovedpine kan hele forløbet varetages i almen praksis. Opgaverne kan inkludere patientuddannelse, medicinsk behandling, vejledning om arbejdsmæssige forhold og prognose, behandling af komorbiditet samt forebyggelse af følgesygdomme såsom medicinoverforbrugshovedpine. Nogle af opgaverne vil også kunne varetages af praksissygeplejersker.

Ved kompliceret spændingshovedpine, migræne eller posttraumatisk hovedpine, eller hvis psykosociale faktorer eller betydelig begrænsning af funktionsevnen påvirker patienten, 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 med henblik på deltagelse i kommunens sundhedstilbud, 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 på hovedfunktionsniveau. Henvisning foregår iht. de fælles regionale visitationskriterier.

Det anbefales at egen læge løbende overvejer om patienten har udviklet medicinoverforbrugshovedpine, og i så fald anbefales det at forsøge afvænnning inden der henvises til privatpraktiserende neurolog eller sygehus på hovedfunktionsniveau.

Patienter med klyngehovedpine anbefales henvist direkte til behandling hos praktiserende speciallæge i neurologi eller på sygehus med hovedfunktionsniveau jf. gældende specialevejledning for neurologi [25].

#### **4.4.2. Praktiserende neurologer**

Praktiserende neurologer diagnosticerer og behandler patienter med hovedpinesygdomme, som ikke kan hjælpes tilstrækkeligt i almen praksis. 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 mhp. hurtig iværksættelse af behandling.

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

Den praktiserende neurolog kan også, såfremt det ikke er blevet gjort i almen praksis, henvise til fysioterapeut, kiropraktor eller til afklarende sundhedssamtale i kommunen. Såfremt det ikke er gjort i almen praksis, kan den praktiserende neurolog undersøge 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 psykolog behandling.

Det bør beskrives i de lokale sundhedsaftaler, hvilke opgaver de praktiserende neurologer skal varetage i den pågældende region, da der ofte kan være lokale forskelle på hvordan det tværsektorielle samarbejde tilrettelægges.

#### 4.4.3. Praktiserende kiropraktorer

Kiropraktorer kan varetage diagnostik af biomekaniske funktionsforstyrrelser i rygsøjle, bækken og ekstremiteter samt henvise til udvalgte billeddiagnostiske undersøgelser på sygehus, og 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 træning og manuel behandling.

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. Praktiserende fysioterapeuter

Praktiserende fysioterapeuter kan varetage udredning og behandling i tilfælde hvor hovedpinen er ledsaget af smerter og funktionsproblemer i bevægeapparatet, herunder varetage patientuddannelse, tilbyde superviseret træning samt manuel behandling.

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. Praktiserende psykologer

Praktiserende psykologer kan varetage behandling af psykologiske problemstillinger hos patienter med hovedpinesygdomme, herunder varetage patientuddannelse i håndtering af stress og smerter, samt tilbyde kognitiv adfærdsterapi til personer med samtidig depression, angst eller kroniske smerter.

Det følger af sundhedsloven § 69<sup>5</sup>, 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 Vejledning om personers adgang til tilskudsberettiget psykologbehandling med rådgivning fra Dansk Psykolog Forening, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Psykiatrisk Selskab. Vejledningen præciserer, hvilke grupper der er omfattet af tilskudsordningen for psykologbehandling, og hvilke kriterier

<sup>5</sup> Sundhedsloven kan ses på <https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=203757>

der skal til for, at man kan blive henvist til tilskudsordningen<sup>6</sup>. 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

Sygehuse varetager diagnostik og behandling af hovedpinesygdomme med utilstrækkelig behandlingseffekt i almen praksis eller hos praktiserende neurolog. Der er fastsat specialfunktioner vedrørende diagnostik og behandling af hovedpinesygdomme i specialevejledningen for neurologi jf. Sundhedsstyrelsens specialeplan [25]. Hovedreglen er at hovedpinepatienter som ikke kan behandles i almen praksis, visiteres til praktiserende neurolog eller sygehus med hovedfunktion, 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 som det også beskrives i [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, sammen med andre aktører i sundhedsvæsenet (f.eks. apotekerne) bidrage til forebyggelsesindsatser. Det anbefales, at patientforeningerne samarbejder om at koordinere deres indsatser, 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.

<sup>6</sup> <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 standardisere 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 (ICF-modellen)

Rettidig udredning og diagnostik er forudsætningen for et bedre behandlingsforløb for patienter med hovedpinesygdomme og for at de rette faglige indsatser kan iværksættes. 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 tilstede 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 fx 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, og et studie fra Italien har fx påvist at forsinket diagnostik af migræne er et større problem blandt unge patienter samt patienter med lavt uddannelsesniveau, og at tiden til diagnose blev forlænget jo flere specialister patienterne opsøgte [26].

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 gennemsnitligt var 6 år [10]. 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%) [10].

## 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, og kendskabet til risikoen for medicinoverforbrugshovedpine skal udbredes.

## 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 fx 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 om 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]:

### 5.3.2. 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 tyggemusklér

### 5.3.3. 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].

### 5.3.4. 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 [27]. 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 6. 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 udfyldes dagbogen elektronisk og sende den tilbage til den praktiserende læge via [web-patient](#).

### 5.3.5. Medicinoversigt

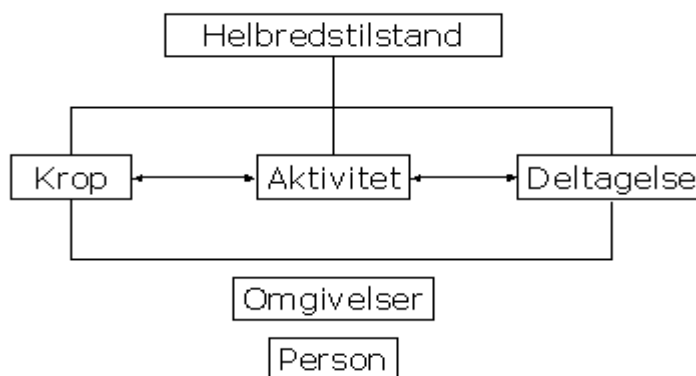
Da medicinoverforbrugshovedpine ofte kan være med til at vedligeholde eller forværre en kronisk hovedpinesygdom er det vigtigt at der i forbindelse med udredningen føres en præcis oversigt over hvor meget medicin patienterne tager. Dette kan gøres i hovedpinedagbogen. Det er også vigtigt at registrere 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.

### 5.1.6. Diagnostiske kriterier

Hovedpinesygdomme bør diagnosticeres på baggrund af valide, kliniske kriterier med acceptabel sensitivitet og specificitet<sup>7</sup>. 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 kriterier<sup>8</sup>. Den nyeste version af kriterierne, ICHD-3, blev frigivet i 2018 og forventes indarbejdet i WHO's ICD-11 [28]. 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 5. 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.

### 5.3.7. 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[29]. Modellen er en biopsykosocial model. Funktionsevnen som det centrale i modellen indgår i et dynamisk samspil med helbred og kontekst (omgivelses- og personlige faktorer) (Figur 6).



Figur 6. Komponenter i modellen for International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

<sup>7</sup> 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.

<sup>8</sup> 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, og anvendes bredt på tværs af sektorer [30], og er også fundet anvendelig i forbindelse med vurdering af funktionsevnebegrænsning hos patienter med hovedpinesygdomme[31]. ICF-modellen er implementeret i spørgeskemaet WHODAS-2 (WHO Disability Assessment Schedule) som også findes i en dansk version.

Det er vigtigt at det sundhedsfaglige personale tidligt overvejer om der er behov for indsatser rettet mod psykosociale faktorer. 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.

## 6. Faglige indsatser

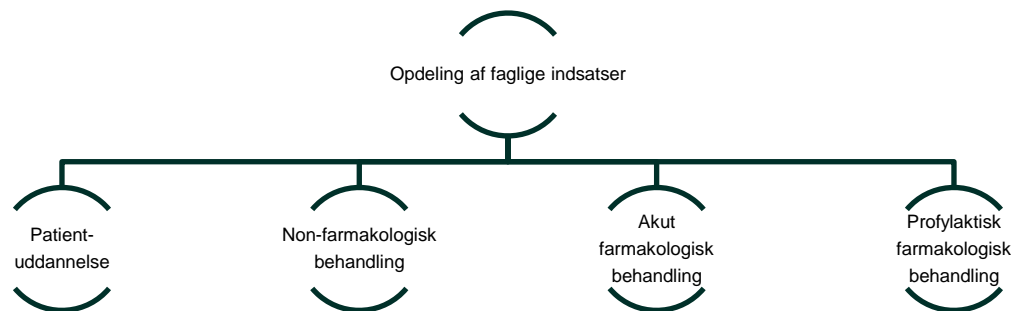
Sundhedsstyrelsen anbefaler:

- At faglige indsatser tilrettelægges individuelt ud fra sygehistorien og en samlet biopsykosocial vurdering
- At patientuddannelse inkluderes i alle behandlingsforløb og tilrettelægges i forhold til hovedpinesygdommens karakter, graden af funktionsevnebegrænsning og tilstedeværelse af psykosociale faktorer som påvirker sygdomsforløbet
- At patienter med hyppig eller kronisk hovedpine altid 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 kronisk hovedpine undersøges for samtidige psykologiske problemstillinger og tilbydes behandling herfor
- At den akutte og forebyggende medicinske behandling for størstedelen af hovedpinesygdomme varetages i almen praksis jf. retningslinjer udgivet af Dansk Hovedpine Selskab
- At øvrige ikke-medicinske indsatser i form af superviseret træning, manuel behandling, afspændingsteknikker, akupunktur og kognitiv terapi overvejes og tilbydes på baggrund af en samlet vurdering af patientens biopsykosociale helbredstilstand

### 6.1. Baggrund

Alle trin i et behandlingsforløb har betydning for sygdomsudfaldet for den enkelte hovedpinepatient. De faglige indsatser kan grundlæggende inddeles i fire hovedelementer; patientuddannelse, ikke-medicinsk behandling, akut medicinsk behandling, og forebyggende medicinsk behandling (Figur 7). Det er forskelligt hvilke af elementerne som skal prioriteres højest i behandlingen, og valg af faglige indsatser afhænger i høj grad af hvilken hovedpinesygdom der er tale om, hyppigheden af hovedpineanfald, kompleksiteten af hovedpinesygdomme og graden af funktionsevnebegrænsning.





Figur 7. 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 også reduceres [32]. Det er desuden påvist at behandling af MOH kan halvere hovedpineforekomsten og reducere udgifterne til specifik migrænemedicin med cirka 40% [33]. Flere studier peger på at en tværfaglig behandlingsindsats til patienter med kronisk hovedpine er den mest effektive [34], [35], 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.

Nedenstående anbefalinger er baseret på den eksisterende evidensbaserede retningslinjer om behandling af hovedpinesygdomme, udvalgt litteratur samt faglig konsensus.

## 6.2. Udfordringer i forbindelse med behandling af hovedpinesygdomme

Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe peger på at der findes gode medicinske behandlingsmuligheder til patienter med migræne, klyngehovedpine, medicinoverforbrugshovedpine, og delvist til patienter med spændingshovedpine, mens det erfaringsmæssigt kan være vanskeligt at behandle posttraumatisk hovedpine. I almen praksis kan det være vanske-

ligt at få adgang til viden om de nyeste behandlingsmuligheder, og let tilgængelige behandlingsvejledninger som kan benyttes i en travl klinisk hverdag, samt løbende efteruddannelse og rådgivningsmuligheder efterspørges. Erfaringen er desuden, at mange patienter har medicinoverforbrugshovedpine som forværrer og vedligeholder en eksisterende hovedpine, og at andre behandlingstiltag først giver mening når patienten er medicinafvænnet.

I forhold til den ikke-medicinske behandling, tilrettelægges behandlingen ofte på et erfaringsbaseret og individorienteret grundlag, da det er arbejdsgruppens opfattelse at evidensen fortsat er begrænset. Der er dog evidens for en effekt af visse ikke-medicinske indsatser, og her er det et problem at henvisning til fx fysioterapeut, kiropraktor og psykolog kræver egenbetaling, hvorved de mest 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 kort beskrivelse af hvilke almene faglige indsatser det kan anbefales at overveje, hvorefter indsatserne beskrives for hver enkelt hovedpinesygdom.

### 6.4. Ikke-medicinsk behandling

Den ikke-medicinske behandling inkluderer først og fremmest patientuddannelse (sygdomsmestring) som det vigtigste område, mens andre ikke-medicinske behandlingsmuligheder overvejes på baggrund af en individuel vurdering.

#### 6.4.1. Patientuddannelse (sygdomsmestring)

Sundhedsstyrelsen har udgivet en række vejledninger som undersøger og beskriver betydningen af patientuddannelse ved kronisk sygdom [22], [36], [37]. Formålet med patientuddannelsen er at styrke patientens egenomsorg og evne til at kunne mestre hverdagens forskellige aktiviteter, at forbedre livskvaliteten, at sikre tidlig opdagelse/identifikation af symptomer, at øge effekten af behandlingen og forebygge forværringer og videreudvikling af sygdommen samt at mindske forbruget af medicin [22].

Patientuddannelse skal indeholde undervisning i smertefysiologi, behandlingsmuligheder, psykosociale faktorerens betydning og smertehåndtering. Patientuddannelsen kan inddeles i generel patientuddannelse, sygdomsspecifik patientuddannelse og intensiveret patientuddannelse. Den generelle patientuddannelse varetages oftest i kommuner i form af kurser i sygdomsmestring til patienter med kronisk sygdom på tværs af diagnoser, den sygdomsspecifikke patientuddannelse varetages typisk i almen praksis (ved egen læge eller praksissygeplejerske), øvrige praksissektor og praktiserende speciallæge/neurologisk afdeling, mens det intensiverede patientuddannelsesstilbud tilbydes på tværfaglige hovedpineklinikker.

### Generel patientuddannelse

Sundhedsstyrelsen anbefaler at kommuner tilbyder en indsats i forhold til at understøtte sygdomsmestring hos borgere med svær eller kronisk hovedpinesygdomme. En nærmere beskrivelse af indholdet i tilbuddet om sygdomsmestring fremgår af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom[22]. Mange kommuner anvender kurserne "LÆR AT TACKLE kroniske smerter" eller "LÆR AT TACKLE kronisk sygdom", som er en dansk version af programmet *Chronic Pain Self-Management Programme* og *Chronic disease self-management program* som er udviklet på Stanford University<sup>9</sup>. På nuværende tidspunkt er der bedst evidens for effekt af kurset "LÆR AT TACKLE kronisk sygdom", hvor der er moderat til god evidens for effekt på bedre selvvalueret helbred, reduktion af bekymringer, smerte, træthed og funktionsnedsættelse, øget fysisk aktivitet og øget brug af kognitive strategier til at håndtere symptomer. Et eksempel på et kursus i sygdomsmestring er beskrevet i boks 4.

### Specifik patientuddannelse

Det vil ofte være patientens egen læge eller neurolog i praksis/på sygehus som varetager den specifikke patientuddannelse, men andet sundhedsfagligt personale kan også varetage opgaven. Udover det generelle indhold skal den specifikke patientuddannelse indeholde (NICE guidelines):

- Tryghedsskabende information om hovedpinesygdommen
- Information og identifikation af mulige udløsende og forværrende faktorer
- Rådgivning om medicinsk og ikke-medicinsk behandling
- Samtale om konsekvenser, psykosociale såvel som fysiske.
- Rådgivning om risikoen for medicinoverforbrugshovedpine
- Skiftlig information om hovedpinesygdomme herunder information om patientfor-  
eninger

<sup>9</sup> LÆR AT TACKLE administreres af Komiteen for Sundhedsoplysning i samarbejde med Sundhedsstyrelsen. Komiteen for Sundhedsoplysning har indgået licensaftale med Stanford Universitet omkring LÆR AT TACKLE-kurserne,

### Boks 3. Et eksempel på tilbud om sygdomsmestring ("LÆR AT TACKLE kroniske smerter") i kommuner

LÆR AT TACKLE kurserne administreres af Komiteen for Sundhedsoplysning i samarbejde med Sundhedsstyrelsen. LÆR AT TACKLE kroniske smerter blev i 2018 udbudt i 42 kommuner i Danmark. Patientuddannelsen henvender sig til mennesker, der lider af kroniske eller langvarige smerter. Personer med kronisk hovedpine er derfor i målgruppen. Kurset er en dansk version af Stanford programmet *Chronic Pain Self-Management Programme* og bygger på kognitiv indlæringspsykologi.

Temaer på kurserne er blandt andet: redskaber til at håndtere symptomer, fx smerte, træthed, social isolation, nedtrykthed og dårlig søvnkvalitet, øvelse i et let træningsprogram, korrekt brug af medicin, effektiv kommunikation med familie, venner og sundhedspersonale, sund kost, pacing – balance mellem aktivitet og hvile, 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 sygdom.

I 2010-2013 blev kursets effekter evalueret på danske patienter Aarhus Universitetshospital, Forskningsenheden for Funktionelle Lidelser og Psykosomatik. Efter kurset var der signifikant effekt på funktionsnedsættelse, katastrofetanker om smerter, sygdomsbekymring, følelsesmæssige og fysiske symptomer. Ved 5-måneders opfølgning var de fleste af disse effekter dog forsvundet, og kun effekterne på sygdomsbekymring og psykologiske symptomer var fortsat tilstede. Langtidseffekten af kurserne er derfor fortsat usikker.

Kilde: Komiteen for Sundhedsoplysning

### Intensiveret patientuddannelse - hovedpineskole

På de fleste tværfaglige hovedpineklinikker 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 indenfor behandling af kroniske smerter [38], [39]. 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 en vis 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 [40]. Yderligere forskning er nødvendig for at fastsætte hvilke interventioner som har størst effekt samt den optimale varighed og antal timer i patientuddannelsen.

På baggrund af den foreløbige evidens findes der grundlag for at anbefale at alle patienter med kronisk eller betydelig funktionsevnebegrænsende hovedpine, som ikke har haft tilstrækkelig effekt af medicinsk behandling, tilbydes en intensiveret patientuddannelse baseret på ovenstående behandlingsprincipper. Sundhedsstyrelsen anbefaler samtidig, 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)

Studier har vist at over halvdelen af patienter med kronisk spændingshovedpine, kronisk migræne, eller medicinoverforbrugshovedpine har en samtidig psykiatrisk lidelse[41], [42]. Det anbefales derfor at der hos patienter med kronisk hovedpine altid overvejes at undersøge for psykisk komorbiditet.

Psykisk sundhed defineres af WHO som *"en tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdags udfordringer og stress, samt indgå i fællesskabet med andre mennesker"*, og langvarig dårlig psykisk sundhed er en selvstændig risikofaktor for negative helbredsmæssige og sociale udfald, og har betydning for forløbet af fysisk sygdom<sup>4,5</sup>. Psykologisk behandling kan derfor overvejes uagtet at der ikke er tegn til depression eller angsttilstande, da andre psykologiske mekanismer kan have betydning for patientens håndtering af hovedpinesygdommen, for graden af funktionsnedsættelse samt livskvalitet.

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 repræsenterer en række interventioner, der har til formål at reducere smerte, bekymring samt at øge social og fysisk funktion. CBT er baseret på antagelsen om, at kronisk smerte, og andre symptomer relateret til sygdommen, er påvirkelig 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 [43]. Det er dog endnu uvist hvilken slags behandling som er mest effektiv til den enkelte person, og der er begrænset viden om effekten i forhold til hovedpinesygdomme. I et Cochrane-studie undersøgte man evidensen for online-baserede CBT-forløb i forbindelse med smertebehandling (inkl. hovedpine), og man fandt effekt på smerteintensitet og funktionsevne ved behandlingens afslutning, men flere studier er nødvendige før det er muligt at anbefale forløb med online-baseret CBT til hovedpinepatienter [44].

Der er fagligt konsensus om at kognitiv adfærdsterapi kan anbefales til patienter med kronisk hovedpine, da de kognitive mekanismer som gør sig gældende ved de fleste kroniske smertetilstande er grundlæggende ens. Der er dog behov for mere viden om effekten hos hovedpinepatienter. Kognitiv adfærdsterapi bør kun udføres af sundhedsfagligt personale, der gennem efteruddannelse har specifik faglig viden om kognitiv adfærdsterapi og smertetilstande.

I de tværfaglige hovedpinecentre tilbydes forskellige psykologiske behandlingsforløb individuelt eller i grupper, og i boks 5 er anført eksempler på psykologiske behandlingstilbud som på nuværende tidspunkt tilbydes i Dansk Hovedpinecenter.

#### **Boks 4. Et eksempel på tilbud om psykologbehandling 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 hjemmøvelser 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 hjælpe og er potentielt nyttige valg, når medicinsk behandling ikke kan benyttes [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 [45], [46], og kan formentlig også supplere behandlingen ved MOH [47]. Det vides endnu ikke om EMG biofeedback har effekt ved post-traumatisk hovedpine [48].

#### 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 [49]. Der er evidens for at kombinationen af træning, mobilisering og øvelser for kropsholdning har effekt på spændingshovedpine [50], [51]. Konditionstræning kan, af nogen, opleves som en udløsende faktor på et migræneanfald, så er der også evidens for at konditionstræning kan have en forebyggende virkning på migrænefrekvens og på livskvalitet [52], [53].

#### 6.4.5. Manuel behandling

Der er begrænset evidens for en effekt af manuel behandling på hovedpinesygdomme, og manuel behandling bør derfor ikke stå alene, men kan på baggrund af en individuel vurdering overvejes som supplerende behandling til patienter hvor der vurderes at være muskuloskeletale forhold (fx muskelspændinger eller nakkesmerter) der kan have indflydelse på hovedpinen. 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 [54][55]. 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 be-handling. 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 hoved-pinesygdom beskrives i [kapitel 6.8](#).

## 6.6. Indsatser med henblik på arbejdsmarkedstilknytning

Borgere med funktionsevnebegrænsende hovedpinesygdomme kan være truet på de-res evne til at forblive på arbejdsmarkedet, og for borgere der er sygemeldte, er der en risiko for ikke at komme tilbage i arbejde. Det er derfor vigtigt, at arbejdsmarkedstilknyt-ning er en integreret del af indsatsen for borgere med kroniske hovedpinesygdomme. Indsatsen bør bestå af at afdække borgerens arbejdssituation – både fysisk og psykisk. De fysiske aspekter indebærer bl.a. arbejdsområde, arbejdsmængde, indflydelse på pauser, eventuelt ændrede arbejdsprocedurer og ændret arbejdspladsindretning. De psykologiske aspekter er fx forhold til ledelse og kollegaer, lederens indstilling eller angst for forværring af symptomer. Det bør undersøges, om der er muligheder for ar-bejdstilpasning, med henblik på arbejdsfastholdelse. Det er vigtigt at formidle til borge-ren, at det oftest er gavnligt for patientens sygdom og funktionsevne generelt at forblive i arbejde. Det er også muligt for patienten at indgå en [§ 56 aftale](#), hvorved patienten med langvarig eller kronisk hovedpine kan have de nødvendige sygefraværdsdage el-ler være væk på grund af ambulant behandling samtidig med at arbejdsgiveren får sygedagpengerefusion.

## Før sygemelding og under 8 ugers sygemelding

Den praktiserende læge bør tidligt i patientforløbet indtænke en vurdering af behov for indsatser med fokus på arbejdsmarkedstilknytning. Mulighedserklæringen kan anvendes, også inden patienten er sygemeldt, hvis patienten tidligere har været sygemeldt



gentagne gange, og hvor patientens arbejdsmarkedstilknytning vurderes truet. Mulighedserklæringen udarbejdes på opfordring fra arbejdsgiver, og betales også af denne<sup>10</sup>.

I tilfælde, hvor der forventes mere end otte ugers sygemelding, kan muligheden for ekstraordinær tidlig socialmedicinsk indsats fra kommunen være relevant. Her kan borgeren eller arbejdsgiveren anmode kommunen om en tidlig indsats, og med borgerens accept 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.

#### 6.6.1. Ved længerevarende sygemelding

Sygemeldte borgere, der modtager sygedagpenge, indkaldes til opfølgningssamtale i jobcenteret senest i 8. fraværsuge. Til brug for jobcenterets opfølgning udarbejder praktiserende læge en attest vedrørende sygedagpengeopfølgning (LÆ 285) med vurdering af sygemeldtes behov for at vende tilbage til arbejde og eventuelle skånehensyn. Sygemeldte, der vurderes at have behov for en tværfaglig indsats, skal til møde i 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 rehabiliteringsteam (LÆ 265). Kommunen vurderer 22. uger efter sygedagspengeperioden er påbegyndt, om den sygemeldte opfylder betingelserne for at få forlænget retten til sygedagpenge. Hvis der ikke kan ske forlængelse, overgår borgeren til jobafklaringsforløb og vil i den forbindelse indkaldes 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 ikke-medicinsk behandling er dog ønsket, og anbefales iværksat - eventuelt i regi af en national klinisk retningslinje

<sup>10</sup>Hvis arbejdsgiver og den sygemeldte er i tvivl om, hvilke arbejdsfunktioner den sygemeldte kan udføre, kan de anvende mulighedserklæringen, der kan bruges ved den ansattes kortvarige, gentagne eller længerevarende sygefravær. I princippet altså fra første sygedag. Arbejdsgiver betaler erklæringen. I Mulighedserklæringens del 1 beskriver arbejdsgiver og sygemeldte funktionsnedsættelsen, de påvirkede jobfunktioner og eventuelle aftalte skånehensyn. Lægen, der udfylder del 2, vurderer på baggrund af samtale med sygemeldte og beskrivelsen i del 1, skåneinitiativer og forventet varighed med helt eller delvist fravær eller tilpasning til jobbet.

### 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 bør ikke-medicinsk behandling forsøges tidligt i forløbet.

### Ikke-medicinsk behandling

Det anbefales at den ikke-medicinske behandling af 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 tilgrundliggende 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.

Det kan 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 holdningskorrektion, eller kombinationen af mobilisering, nakkeøvelser og holdningskorrektion[51]. Det kan 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[56]. Behandling med biofeedback-terapi eller afspændingsteknikker kan også overvejes[57].

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[3].

Hos patienter med samtidig depression eller angst eller andre komplekse psykosociale problemstillinger overvejes henvisning til behandling med kognitiv adfærdsterapi[58].

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  $\leq 2$  dage om ugen (og højest 14 dage om måneden) kan forsøges behandlet med svage smertestillende midler[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], [59]–[62].

Ved mere end to anfald om ugen frarådes svage smertestillende midler 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]. Der er ikke evidens for at SSRI eller SNRI har effekt som forebyggende behandling [63].

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 4 dage pr måned), hyppig episodisk (4 til 14 dage om måneden) og kronisk (15 dage eller mere) 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 skal medicinoverforbrugshovedpine 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 patientuddannelse trods god effekt af medicinsk behandling. Hos patienter med manglende effekt af forebyggende behandling, i tilfælde af samtidig spændingshovedpine eller MOH eller betydelig funktionsevnebegrænsning, eller hvis psykosociale faktorer påvirker sygdommen, overvejes nedenstående ikke-medicinske indsatser.

Anden tilgrundliggende lidelse f.eks. depression eller MOH bør overvejes og behandles, ligesom det er vigtigt at klarlægge udløsende faktorer som fx 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.

Superviseret træning kan overvejes til patienter med lavt aktivitetsniveau[53], eventuelt i kombination med manuel behandling hvis der er samtidig spændingshovedpine eller nakkesmerter[50], [64], [65]. Derudover kan behandling med biofeedback-terapi overvejes til patienter med hyppige migræneanfald eller manglende effekt af forebyggende medicinsk behandling[46]. Overvej desuden forebyggende behandling med akupunktur (10 sessioner over en periode på 5-8 uger) til episodisk migræne ved manglende effekt af medicinsk behandling[55]

Kognitiv adfærdsterapi bør altid overvejes til patienter med samtidig depression eller angst eller komplekse psykosociale problemstillinger[58].

Overvej henvisning til kommunale forebyggelsestilbud jf. kapitel 4.3.4.

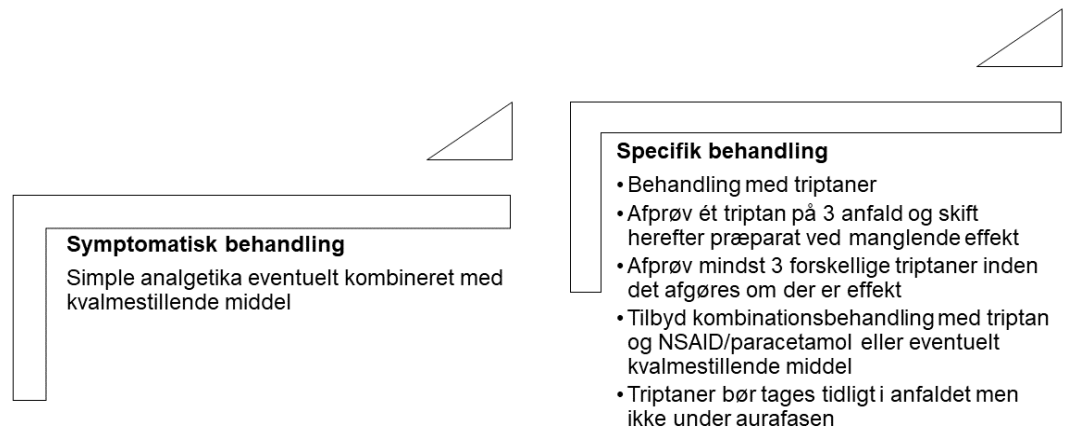
### Medicinsk behandling

Den medicinske behandling kan under hele forløbet ofte varetages i almen praksis med mindre der er tale om kompliceret eller behandlingsrefraktær migræne. 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. 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 DHS for en mere detaljeret vejledning vedrørende den medicinske behandling.

### Akut medicinsk behandling

Alle migræne patienter bør have adgang til akut medicin. Der anbefales en trinvis afprøvning som beskrevet nedenfor, hvor man behandler tre anfald på hvert trin, før man går videre til det næste:



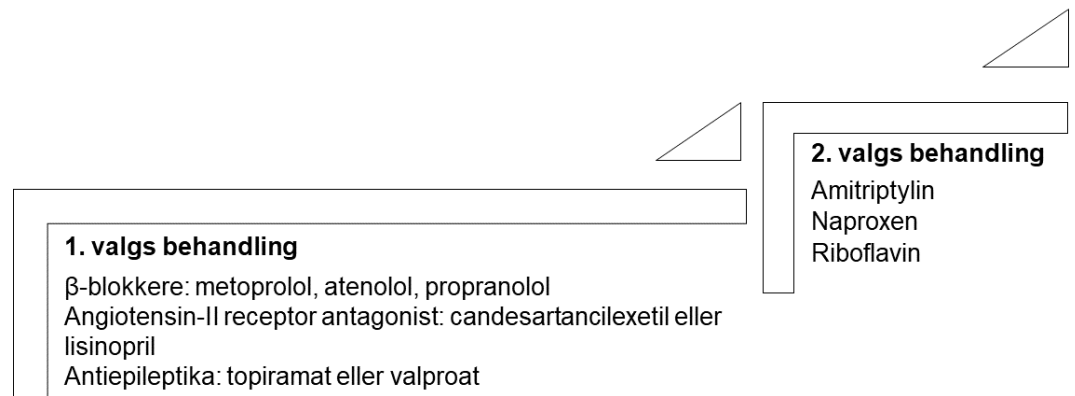
Ved kvalme og/eller opkastninger kan i stedet benyttes Sumatriptan næsespray eller injektion. Primære analgetika bør højst benyttes i 14 dage og triptaner i højst 9 dage per måned for at undgå medicinoverforbrugshovedpine. De almindeligste bivirkninger ved brug af triptaner er trykkende fornemmelse i 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 migrænen 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 DHS mhp præparatvalg, bivirkninger, kontraindikationer mm.[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. Medicinoverforbrugshovedpine skal være behandlet inden forebyggende behandling forsøges.

Nedenfor findes en vejledende oversigt over præparater som anbefales forsøgt i almen praksis:



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

Der er nye profylaktiske behandlingsmuligheder på vej. Erenumab er udviklet specifikt med henblik på at forebygge migræne (CGRP-antistof), og er indiceret til forebyggende behandling af migræne hos personer med mindst 4 dage med migræne pr måned. Det er endnu ikke fastlagt hvilke hovedpinepatienter i Danmark som vil få tilbudt Erenumab og hvor det kan gives.

Ved kronisk migræne, er der evidens for effekt af topiramat og behandling med injektion med botulinum toxin kan overvejes [66], hvilket kræver henvisning til specialiseret behandling.

### 6.7.3. Klyngehovedpine

Patienter med klyngehovedpine bør henvises til behandling i speciallægepraksis eller til én 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 behandles med migrænemedicin fx sumatriptan som injektion.

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

### 6.7.4. Medicinoverforbrugshovedpine

MOH er tilstede hos mere end halvdelen af alle patienter med kronisk hovedpine [11], og medicinafvænning fører til en forbedring af hovedpinen hos 72-74% af patienterne [67].

Det er derfor vigtigt at diagnosen altid overvejes hos patienter med kronisk hovedpine, og at medicinafvænning forsøges som det første. Vigtigste elementer i behandlingen er undervisning, støtte og information. Dernæst seponering af alle analgetika.

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

### Ikke-medicinsk behandling

I almen praksis og hos praktiserende neurologer anbefales det, at man forsøger medicin-sanering med metoden MOH Brief Intervention, før der henvises til medicinafvænning 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 medicin stop i 2 måneder kan føre til en markant reduktion i hovedpinedage samt medicinforbrug. Dette resulterer i, at hovedpinen vender tilbage til en episodisk form, der er mindre invaliderende og nemmere at forebygge og behandle [68], [69]. 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.

## Trin 1: Kronisk hovedpine + Medicinoverforbrug = Medicinoverforbrugshovedpine

Hovedpine  $\geq 15$  dage/mdr

Migrænemedicin  $\geq 10$  dage/mdr

Paracetamol, NSAID og acetylsalicylsyre  $\geq 15$  dage/mdr

I mindst 3 mdr

## Trin 2: Gennemgå slides med patienten og læg en fælles plan

## Trin 3: Opfølgning ca. 8 uger efter start af medicinsaneringen anbefales

- Smertestillende behandling af hovedpineanfald
- Forebyggende behandling – både medicinsk og tværfagligt
- Fortsat brug af hovedpinekalender

### Øvrige tips

- Sygemelding de første 2 uger af medicinsanering anbefales
- Overvej nødmedicin under medicinsaneringen ved svære hovedpineanfald:
  - Levomepromazin 12,5 mg eller promethazin 25 mg p.n.
- Nogle patienter har behov for opfølgning på telefon 1-2 uger efter start af medicinsanering
- Link til videre behandling af hovedpine: <http://dhos.dk/wp-content/uploads/2016/08/Referenceprogram-2010.pdf>
- Link til projektbeskrivelse og materiale: <http://videnscenterforhovedpine.dk/moh/>

Figur 8. Principper for MOH Brief Intervention

Efter afsluttet medicinsanering revurderes hovedpinediagnosen. Da patienter med MOH hyppigt har samtidig depressions og/eller angst[41], anbefales det at overveje indikation for henvisning til psykolog. Overvej desuden indikation for superviseret træning og henvisning til kommunale forebyggelsestilbud

### Medicinsk behandling

Overvej nødmedicin med henblik på at sikre søvn under medicinsaneringen ved svære hovedpineanfald fx levomepromazin 12,5 mg eller promethazin 25 mg p.n. i max 14 dage.

#### 6.7.5. Kronisk posttraumatisk hovedpine

Kronisk posttraumatisk hovedpine 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-commotiosyndrom, og det er derfor vigtigt at anamnesen er grundig. Patienter med kronisk posttraumatisk hovedpine kan således have andre symptomer end hovedpine såsom hurtig udtrætning, koncentrations- og hukommelsesbesvær, synsvanskeligheder, svimmelhed og overfølsomhed overfor støj og lys. Ved mistanke om kognitiv dysfunktion bør henvises til neurologisk udredning.

Patienter med posttraumatisk hovedpine kan behandles på de tværfaglige hovedpineklinikker, men erfaringsmæssigt er patienterne vanskelige at behandle og der mangler spe-



cifikke behandlingstilbud. Desuden er der fortsat meget sparsom evidens for hvilke medicinske og ikke-medicinske behandlingsmuligheder man bør anbefale til patienterne, og de aktuelle anbefalinger baseret på den foreløbige sparsomme evidens og klinisk erfaring[1], [3], [70].

Det anbefales, at patienter med kronisk post-traumatisk hovedpine 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 implementering af grundlæggende livsstil og ikke-medicinske indsatser og (ii) at bestemme den primære (eller sekundære) hovedpinetype som ligner patientens symptomer og derefter implementere behandlingsstrategier, der tager sigte på at behandle den pågældende hovedpine-subtype[71].

Der skal være særlig opmærksomhed på risikoen for medicinoverforbrugshovedpine og medicinsanering inden der iværksættes andre indsatser.

### **Ikke-medicinsk behandling**

Det anbefales, at den ikke-medicinske behandling planlægges på baggrund af patientens samlede helbreds-mæssige situation. Der er foreløbigt bedst evidens for at et tværfagligt behandlingsforløb – særligt hvis patienten også har andre symptomer[72].

Center for Hjerneskade har i et randomiseret 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. Patienter som gennemgik et specialiseret tværfagligt behandlingsprogram havde signifikant mindre hovedpine end kontrolgruppen, og der var også effekt på målene "mental træthed", "nedsat aktivitetsniveau" og "socialt funktionsniveau"[72]. På baggrund af de foreløbige resultater anbefales det at henvise patienter med kronisk post-traumatisk hovedpine til specialiseret tværfaglig behandling.

Flere studier har forsøgt at undersøge om der samlet set er evidens for at psykologisk behandling med CBT har effekt, men da de foreløbige studier er meget heterogene og da kvaliteten er lav, er det ikke muligt at konkludere noget om effekten af CBT på baggrund af de aktuelle forskningsresultater [73], [74]. Et studie fra Dansk Hovedpinecenter fandt ingen effekt af CBT [75]. Hvis der er samtidig depression- eller angst, anbefales det at tilbyde patienten behandling med kognitiv terapi

Superviseret træning kan overvejes efter samme principper som ved spændingshovedpine. På baggrund heraf kan biofeedback, afspændingsteknikker og manuel behandling også overveje

### **Medicinsk behandling**

I forhold til den medicinske behandling anbefales det at lade sig vejlede af hovedpine-typen. Hvis patienten har migræne-lignende hovedpine, kan forebyggende migræne-medicin forsøges, og hvis hovedpinen er af spændingstype kan amitriptylin forsøges. Der er dog ingen evidens for effekten af medicinsk behandling på post-traumatisk hovedpine, hvorfor behandlingen baseres på principper om god klinisk praksis.

Patienterne bør bruge svage smertestillende midler under 14 dage pr måned pga. risiko for medicinoverforbrugshovedpine.

## 7. Henvisning og kommunikation

Sundhedsstyrelsen anbefaler:

- At den praktiserende læge henvises til udredning og behandling hos praktiserende speciallæge i neurologi eller neurologisk afdeling hvis:
  - o patienten har klyngehovedpine
  - o patienten på trods af standardiseret udredning er tvivl om diagnose
  - o egen læge mistanke om alvorlig sekundær hovedpine
  - o patienten har utilfredsstillende effekt af forsøg med mindst 2 typer af forebyggende behandling
  - o patienten har medicinoverforbrugshovedpine som ikke har kunnet behandles i almen praksis
  - o patienten har komplicerende komorbiditet
- At der henvises til kommunale forebyggelsestilbud når den praktiserende læge finder, at patienten ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktions- evne og helbredsforhold kan have gavn af 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 sendes henvisning til neurologiske afdelinger, praktiserende speciallæger i neurologi, fysioterapeut, kiropraktor, psykolog og kommunale tilbud.

#### 7.1.1. Henvisning til praktiserende speciallæge i neurologi/neurologisk afdeling

Det anbefales at henvise patienten 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 mistanke om alvorlig sekundær hovedpine (akut henvisning til neurologisk afdeling)
  - o Undersøgelse er nødvendig for at udelukke alvorlig patologi
  - o Nyopstået tordenskraldshovedpine (intens eller "eksplosiv" hovedpine)
  - o Nyopstået hovedpine hos en patient over 50 år
  - o Nyopstået hovedpine hos en patient med canceranamnese, HIV-infektion eller immundefekt
  - o Ændret eller langvarig migræneaura
  - o Mistanke om transitorisk cerebralt infarkt (TCI)
  - o Hovedpine med progressiv forværring over uger eller måneder
  - o Hovedpine forbundet med skift af hovedstilling
  - o Hovedpine ledsaget af uforklarlig feber eller uforklarlige objektive udfald
- Der er utilfredsstillende effekt af forsøg med mindst to typer af forebyggende behandling mod migræne og spændingshovedpine
- Medicinoverforbrugshovedpine som ikke har kunnet behandles i almen praksis
- Komorbide sygdomme som kræver specialistbehandling
- Tilstedeværelse af risikofaktorer for hjertekar lidelser kan begrunde en kardiologisk vurdering før brug af triptaner

Henvisningen bør som minimum indeholde oplysning om: hovedpineanamnese 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 forebyggelses- og rehabiliteringstilbud sker som en henvisning til en afklarende samtale 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 [22]. 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](#).

Den praktiserende læge kan desuden henvise patienter i den erhvervsaktive alder til kommunal jobkonsulent i jobcenter, hvor det vurderes, om der er risiko for at miste arbejdstilknytning. Henvisningen bør også beskrive, på hvilken baggrund henvisning til jobcenter sker. Henvisningen sendes elektronisk på attesten 'Forslag om socialmedicinsk sagsbehandling' (LÆ 165). Det bør fremgå af begge henvisninger, hvis der er henvist til andet kommunalt tilbud.

### 7.1.3. Henvisning til fysioterapeut, kiropraktor eller psykolog

Henvisning til fysioterapeut eller kiropraktor 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. Derudover kan det være hensigtsmæssigt at henvise til en vurdering, hvis patienten har

mange muskelspændinger, eller hvis patienten generelt er fysisk inaktiv grundet hovedpine eller har en uhensigtsmæssig smerteadfærd (fear-avoidance adfærd) [76]–[78]. Henvisning til privatpraktiserende psykolog med udgangspunkt i tilskudsordningen til psykologbehandling anbefales hvis patienten har samtidig depression eller angst.

## 7.2. 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, bør der ske en henvisning til en afklarende samtale i kommunen om relevante forebyggelses- og rehabiliteringstilbud [22]. Henvisningen sendes elektronisk via XREF15/REF01. Praktiserende speciallæger kan ikke henvise direkte til de kommunale tilbud, og anbefales derfor at kontakte patientens praktiserende læge med henblik på henvisning til kommunale forebyggelsestilbud.

## 7.3. 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 faglige retningslinjer.

## 7.4. 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 over en længere periode 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. Dette kræver dog at man også overvejer ændringer på lovgivningsniveau.

### 7.4.1. Almen praksis

Almen praksis er 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.

#### **7.4.2. Fysioterapeut, kiropraktor og psykolog**

Der bør være en tilbagemelding til patientens egen læge efter igangsættelse af et forløb hos fysioterapeut, kiropraktor eller psykolog. Det anbefales, at tilbagemeldingen indeholder en beskrivelse af indsatser og status for forløbet, som den praktiserende læge kan medtænke i den samlede plan for patienten. Hvis det vurderes, at patienten har behov for en kommunal forebyggelsesindsats, 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. 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.

#### **7.4.3. 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.

#### **7.4.4. 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 planlægges ud fra den enkeltes behov, og at behandlings-effekt og medicinindtag til hver en tid monitoreres ved hjælp af hovedpinekalenderen
- At der planlægges opfølgning hvis patienten startes i forebyggende medicinsk behandling eller hvis den medicinske behandling ændres
- At der planlægges tæt og længerevarende opfølgning hvis patienten behandles for medicinoverforbrugshovedpine, 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

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/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 patienter, som opstartes i forebyggende medicinsk behandling eller hvis den medicinske behandling ændres, får opfølgende tid i almen praksis for at sikre behandlingseffekt og observere bivirkninger. Derudover bør patienten ses i forbindelse med receptfornyelse, hvor behandlingen revurderes. Det anbefales at der bruges hovedpinekalender for at sikre compliance, og for at få overblik over behandlingseffekten, og at der er særlig opmærksomhed på risikoen for medicinoverforbrugshovedpine.

Det anbefales desuden at alle patienter, som trapper ud af medicinoverforbrug, 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 udtræning. 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 løbende vurderes om patientens funktionsevne forværres, og om der er indikation for at patienten henvises til et kommunalt forebyggelsestilbud. For 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 og kiropraktor

Opfølgning hos fysioterapeut og kiropraktor 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 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 forløbsbeskrivelser. Patienter med aktiv klyngehovedpine bør tilbydes tæt opfølgning for at sikre optimal behandling og kontrollere for medicinforgiftning, og patienter med medicinoverforbrugshovedpine skal ligeledes følges tæt for at sikre compliance. 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, tildeles 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 [79]. 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.

#### **8.4. 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 selv henvender sig, sender kommunen også en elektronisk tilbagemelding til almen praksis, men ikke til det henvisende sygehus [22].

## 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 via nationale kliniske retningslinjer, regionale kliniske kvalitetsdatabaser, program for kvalitetsudvikling i almen praksis samt yderligere effektevaluering af kurser i sygdomsmedstring 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](#), hvor de kliniske kvalitetsdatabaser udgør et centralt instrument, da de indeholder indikatorer for kvaliteten og resultater i behandlingen. Det er styregruppen i hver af de kliniske kvalitetsdatabaser som er ansvarlig for at opnå landsdækkende faglig konsensus om, hvad der er god kvalitet på området, og hvordan kvaliteten skal måles og opgøres. Det anbefales, at der etableres et nationalt samarbejde med henblik på at oprette en klinisk kvalitetsdatabase med formålet at støtte en ensartet og evidensbaseret behandling af patienter med hovedpinesygdomme.

Almen praksis indtager en vigtig position i behandlingen af hovedpinesygdomme, og det er derfor vigtigt at kvalitetsudvikling i særlig grad retter sig mod almen praksis. Det anbefales, at kvalitetsudviklingen forankres i [program for kvalitetsudvikling i almen praksis](#) (KiAP), hvor praktiserende læger indgår i faglige fællesskaber (klynger), som mødes og

arbejder med kvalitetsdata og kvalitetsudvikling<sup>11</sup>. De enkelte regioner stiller en række lokale tilbud til rådighed for klyngerne, herunder fx forslag til emner som klyngen kan arbejde med som kvalitetsudviklingsprojekt.

I kommunerne er der også øget fokus på øget monitorering og udbredelse af evidensbaserede metoder. Det anbefales, at forebyggelsesindsatser dokumenteres og monitoreres systematisk med inddragelse af relevante kliniske parametre, således at der løbende kan foretages tilpasninger og forbedringer[22]. 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[80]–[83]. 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.

<sup>11</sup> Mere information om klyngedannelse og kvalitetsudvikling i almen praksis kan findes på <https://kiap.dk/index.php>

## 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] 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.
- [6] K. M. Flachs EM, Eriksen L and S. U. Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, Juel K. Statens Institut for Folkesundhed, "SYGDOMSBYRDEN I DANMARK," København, 2015.
- [7] S. Ashina, L. Bendtsen, A. C. Lyngberg, R. B. Lipton, N. Hajiyevea, 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.
- [8] L. J. Stovner *et al.*, "Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016," *Lancet Neurol.*, vol. 17, no. 11, pp. 954–976, Nov. 2018.
- [9] 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.
- [10] 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.
- [11] 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.
- [12] 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.

- [13] B. K. Rasmussen and J. Olesen, "Symptomatic and nonsymptomatic headaches in a general population.," *Neurology*, vol. 42, no. 6, pp. 1225–31, Jun. 1992.
- [14] K. Aaseth, R. Grande, K. Kvárner, 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.
- [15] 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.
- [16] 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.
- [17] Sundhedsstyrelsen, "Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model," 2012.
- [18] Sundhedsstyrelsen, "Status på forløbsprogrammer 2016.," 2017.
- [19] K. for Sundhedsstyrelsen, "Evaluering af indsats for forløbskoordination - Slutstatus for regionale og kommunale aktiviteter og resultater," 2016.
- [20] "Oxfordshire Headache Pathway for the Efficient Diagnostic and Management Support of Headache Disorders. | NICE."
- [21] Kommunernes landsforening, "Almen praksis henvisning til kommunale forebyggelsestilbud (2014-2017)," 2018.
- [22] Sundhedsstyrelsen, "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom," 2016.
- [23] 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.
- [24] S. Axel and H. Gade, *Vejledning og principper for udarbejdelse af praksisplaner for almen praksis*. 2013.
- [25] "Sundhedsstyrelsens specialevejledning for Neurologi Specialevejledning for Neurologi," 2019.
- [26] G. Viticchi *et al.*, "Time Delay From Onset to Diagnosis of Migraine," *Headache J. Head Face Pain*, vol. 51, no. 2, pp. 232–236, Feb. 2011.
- [27] 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.

- [28] "ICHD-3."
- [29] WHO, "How to use the ICF: a practical manual," 2013.
- [30] MarselisborgCentret., *ICF - den danske vejledning og eksempler fra praksis / international klassifikation af funktionsevne, funktionsnedsættelse og helbredstilstand*. Sundhedsstyrelsen, 2005.
- [31] 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.
- [32] 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.
- [33] 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.
- [34] 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.
- [35] 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.
- [36] Sundhedsstyrelsen, "Patientuddannelse - en medicinsk teknologivurdering," 2012.
- [37] Sundhedsstyrelsen, "Kvalitetssikring af patientuddannelse," 2012.
- [38] 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.
- [39] 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.
- [40] 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.
- [41] 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.

- [42] C. Lampl *et al.*, "Headache, depression and anxiety: associations in the Eurolight project," *J. Headache Pain*, vol. 17, no. 1, p. 59, Dec. 2016.
- [43] 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.
- [44] C. Eccleston, E. Fisher, L. Craig, G. B. Duggan, B. A. Rosser, and E. Keogh, "Psychological therapies (Internet-delivered) for the management of chronic pain in adults," *Cochrane Database Syst. Rev.*, no. 2, p. CD010152, Feb. 2014.
- [45] 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.
- [46] Y. Nestoriuc and A. Martin, "Efficacy of biofeedback for migraine: A meta-analysis," *Pain*, vol. 128, no. 1, pp. 111–127, Mar. 2007.
- [47] 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.
- [48] 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.
- [49] 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.
- [50] 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.
- [51] 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.
- [52] 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.
- [53] 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.
- [54] K. Linde *et al.*, "Acupuncture for the prevention of tension-type headache,"

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

- [55] W. A. Linde K, "Cochrane Database of Systematic Reviews Acupuncture for the prevention of episodic migraine (Review)," 2018.
- [56] 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.
- [57] 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.
- [58] 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.
- [59] 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.
- [60] 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.
- [61] 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.
- [62] 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.
- [63] R. Banzi, C. Cusi, C. Randazzo, R. Sterzi, D. Tedesco, and L. Moja, "Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) for the prevention of tension-type headache in adults," *Cochrane Database Syst. Rev.*, no. 5, p. CD011681, May 2015.
- [64] 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.
- [65] 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.
- [66] C. P. Herd *et al.*, "Botulinum toxins for the prevention of migraine in adults," *Cochrane Database Syst. Rev.*, no. 6, Jun. 2018.



- [67] H.-C. Diener and V. Limmroth, "Medication-overuse headache: a worldwide problem," *Lancet Neurol.*, vol. 3, no. 8, pp. 475–483, Aug. 2004.
- [68] 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."
- [69] 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.
- [70] 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.
- [71] 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.
- [72] 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.
- [73] 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.
- [74] 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.
- [75] D. Kjeldgaard, H. B. Forchhammer, T. W. Teasdale, and R. H. Jensen, "Cognitive behavioural treatment for the chronic post-traumatic headache patient: a randomized controlled trial.," *J. Headache Pain*, vol. 15, no. 1, p. 81, Dec. 2014.
- [76] 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.
- [77] 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.
- [78] 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.
- [79] D. Regioner, "Hvidbog for den patientansvarlige læge marts 2017," 2017.

- [80] 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.
- [81] 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.
- [82] 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.
- [83] 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.

## 11. Bilagsfortegnelse

- Bilag 1:** Arbejdsgruppens kommissorium
- Bilag 2:** Medlemsliste for arbejdsgruppen
- Bilag 3:** Litteratursøgning
- Bilag 4:** Oversigt over udviklingen i behandling af specifikke hovedpinesygdomme
- Bilag 5:** Diagnostiske kriterier for udvalgte hovedpinesygdomme
- Bilag 6:** 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 indenfor 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 indenfor området.

Anbefalingerne bør ligeledes tænkes sammen med behandlingsvejledninger indenfor 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**

Psykolog, Smerte- og Hovedpineklinden, Aarhus Universitetshospital

**Simon Møller Salomon, Dansk Psykolog Forening**

Psykolog, Dansk Hovedpinecenter, Rigshospitalet, Glostrup

Sekretariat

**Vibe Cecilie Ballegaard**

Uddannelseslæge, ph.d., Sundhedsstyrelsen

**Gry St-Martin**

Afdelingslæge, Sundhedsstyrelsen

**Kristoffer Lande Andersen**

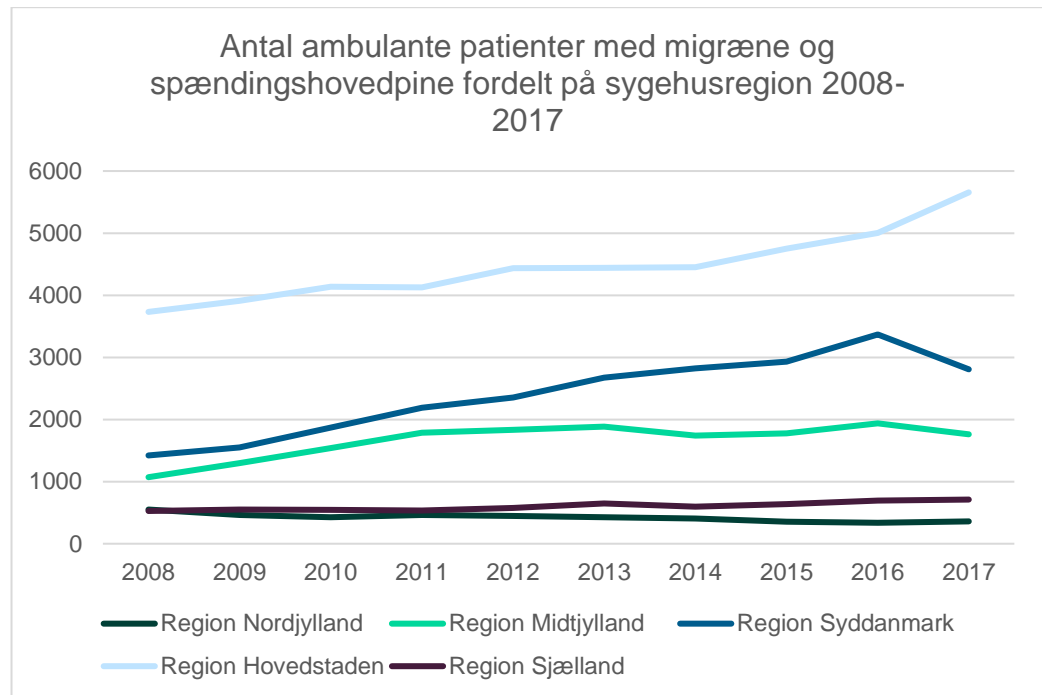
Fuldmægtig, Sundhedsstyrelsen

### Bilag 3. Søgestrategi i Medline

Database(s): Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions(R) 1946 to January 28, 2019

#	Searches	Results
1	HEADACHE/ or headache*.mp.	87405
2	Headache Disorders, Secondary/ or Headache Disorders, Primary/ or Headache Disorders/ or headache disorder*.mp.	5182
3	migraine*.mp. or MIGRAINE DISORDERS/	36818
4	1 or 2 or 3	106488
5	limit 4 to yr="2008 - 2018"	47293
6	(Guideline* or practice guideline* or clinical guideline* or guidance or consensus or recommendations).ti,kw,kf,pt.	156394
7	5 and 6	329
8	limit 7 to (danish or english or norwegian or swedish)	273
9	(Systematic literature review on the delays in the diagnosis and misdiagnosis of cluster headache).m_titl.	1
10	Cochrane.jw.	14143
11	HEADACHE/ or CLUSTER HEADACHE/ or HEADACHE DISORDERS, SECONDARY/ or HEADACHE DISORDERS/	30804
12	MIGRAINE WITH AURA/ or MIGRAINE DISORDERS/ or MIGRAINE WITHOUT AURA/	25510
13	11 or 12	52472
14	((systematic or method*) adj3 (review* or overview*)) or meta analy* or meta-analy* or metaanaly*).ti,ab,kw,kf.	331279
15	13 and 14	954
16	limit 15 to yr="2008 - 2019"	681
17	4 and 14	2738
18	limit 17 to yr="2018 - 2019"	413
19	16 or 18	1025
20	limit 19 to (danish or english or norwegian or swedish)	988

#### Bilag 4. Antal ambulante patienter i perioden 2008-2017



(Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. december 2018, Sundhedsdatastyrelsen)

## Bilag 5. Diagnostiske kriterier for udvalgte hovedpinesygdomme

<b>Tabel 1. Diagnostiske kriterier for spændingshovedpine</b>
<b>Hyppig episodisk hovedpine af spændingstype</b>
<p>Mindst 10 episoder der forekommer i gennemsnitligt 1-15 dage/måned i mere end 3 måneder og opfylder nedenstående kriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hovedpine varende fra 30 minutter til 7 dage</li> <li>• Hovedpinen har mindst 2 af følgende karakteristika:</li> <li>• Hovedpine svarende til begge sider af hovedet/ansigtet</li> <li>• Pressende/strammende (ikke pulserende) karakter</li> <li>• Mild eller moderat intensitet</li> <li>• Ingen forværring ved rutinemæssig fysisk aktivitet (fx at gå op af trapper)</li> <li>• Hverken kvalme eller opkastninger (madlede kan forekomme)</li> <li>• Højst ét af følgende: lysfølsomhed eller lydfølsomhed</li> <li>• Hovedpinen skyldes ikke anden sygdom</li> </ul>
<b>Kronisk hovedpine af spændingstype</b>
<p>Som ovenstående bortset fra:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hovedpinen forekommer gennemsnitligt mere end 15 dage/måned i mere end 3 måneder</li> <li>• Hovedpinen varer timer eller er konstant tilstede</li> <li>• Højst ét af følgende: lysfølsomhed eller lydfølsomhed eller mild kvalme</li> <li>• Hverken moderat eller svær kvalme eller opkastning</li> </ul>
<p>Kilde: The International Classification of Headache Disorders 3<sup>rd</sup> edition, Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS).</p>

<b>Tabel 2. Diagnostiske kriterier for migræne</b>
<b>Migræne uden aura</b>
<p>Mindst 5 anfald som opfylder nedenstående kriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hovedpineanfald varende fra 4-72 timer</li> <li>• Hovedpinen har mindst 2 af følgende karakteristika: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hovedpine svarende til den ene side af hovedet</li> <li>- Hovedpinen er pulserende</li> <li>- Moderat til stærk intensitet</li> <li>- Forværring ved rutinemæssig fysisk aktivitet (fx. at gå op af trapper)</li> </ul> </li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindst ét af følgende: lysfølsomhed, lydfølsomhed, kvalme og/eller opkastning</li> <li>• Hovedpinen skyldes ikke anden sygdom</li> </ul>
<b>Migræne med aura</b>
<p>Mindst 2 anfald som opfylder nedenstående kriterier:</p> <p>Aura bestående af mindst ét af følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forbigående synsforstyrrelser (fx flimmer, pletter el. linjer og/eller synstab)</li> <li>- Forbigående føleforstyrrelser (fx prikken og stikken og/eller følelsesløshed)</li> <li>- Forbigående tale- eller sprog-forstyrrelser</li> <li>- Svimmelhed, dobbeltsyn, bevidsthedssvækkelse</li> </ul> <p>Mindst 2 af følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mindst et aurasymptom udvikles gradvist over mindst 5 minutter, og 7 eller forskellige aurasymptomer opstår i forlængelse af hinanden</li> <li>- Hvert symptom varer mindst 5 minutter og under 60 minutter</li> <li>- Mindst et symptom er ensidigt</li> <li>- Hovedpine begynder under eller efter aura inden for 60 minutter</li> <li>- Hovedpinen skyldes ikke anden sygdom</li> </ul> <p>Kilde: The International Classification of Headache Disorders 3<sup>rd</sup> edition, Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS).</p>

<b>Tabel 3. Diagnostiske kriterier for klyngehovedpine</b>
<b>Episodisk klyngehovedpine</b>
<p>Mindst 5 anfald i mindst 2 klyngeperioder varende 7-365 dage (ubehandlet) og adskilt af anfaldsfri perioder på mindst 1 måned, som opfylder nedenstående kriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stærk ensidig smerte som er lokaliseret til øjet, over øjet eller i tindingen og varer 15 minutter til 3 timer uden behandling</li> <li>• Hovedpinen ledsages af mindst et af følgende symptomer på samme side som hovedpinen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rødt øje og/eller tåreflåd</li> </ul> </li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tæthed i næsen og/eller løbende næse</li> <li>- Hævet øjenlåg</li> <li>- Pande- og ansigtssved</li> <li>- Propfornemmelse i øret</li> <li>- Formindsket pupil eller hængende øjenlåg på samme side</li> <li>- Følelse af rastløshed eller ophidselse</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anfalds hyppighed fra et til hver anden dag til 8 om dagen</li> <li>• Hovedpinen skyldes ikke anden sygdom</li> </ul>
<b>Kronisk klyngehovedpine</b>
Som ovenstående bortset fra at der ikke er anfalds fri perioder gennem et år eller mere eller anfalds fri perioder varende under 1 måned.
Kilde: The International Classification of Headache Disorders 3 <sup>rd</sup> edition, Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS).

<b>Tabel 4. Diagnostiske kriterier for medicinoverforbrugshovedpine</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hovedpine i mindst 15 dage/måned</li> <li>• Regelmæssig overforbrug i mere end 3 måneder af et eller flere af følgende medikamina: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ergotaminer, triptaner, opioider eller en kombination heraf i mere end 10 dage/måned</li> <li>- Simple analgetika fx paracetamol/NSAID i mindst 15 dage/måned</li> </ul> </li> <li>• Hovedpine er udviklet eller markant forværret under medicinoverforbruget</li> </ul>
Kilde: The International Classification of Headache Disorders 3 <sup>rd</sup> edition, Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) [12].

<b>Tabel 5. Diagnostiske kriterier for kronisk posttraumatisk hovedpine</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hovedpinen er opstået efter et hovedtraume</li> <li>• Hovedpinen har udviklet sig indenfor 7 dage efter en af følgende: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hovedtraume</li> <li>- Genvinding af bevidsthed efter hovedtraume</li> <li>- Sponering af medicin som mindsker muligheden for at mærke eller rapportere hovedpinen efter et hovedtraume</li> </ul> </li> </ul>

- Hovedpinen har været i mere end 3 måneder
- Hovedpinen skyldes ikke anden sygdom

Kilde: The International Classification of Headache Disorders 3<sup>rd</sup> edition, Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) [12].

## Bilag 6. 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:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.	Var hovedpinen	dobbeltsidig: højresidig: venstresidig:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.	Var hovedpinen	konstant: pulserende:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.	Var hovedpinen - gennemsnit af hele dagen (se * nedenfor)	let: middel: svær:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.	Blev hovedpinen forværret ved fysisk aktivitet, f.eks. trappegang?	nej: ja:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.	Var der kvalme?	ingen: let: middel: svær:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10.	Overfølsom overfor lys?	nej: ja:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11.	Overfølsom overfor lyd?	nej: ja:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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.

Behandler læge:

Husk at medbringe  
hovedpinekalenderen ved  
ALLE lægekonsultationer

Egne noter:

---

---

---

---

---

---

---

---

