

Emne: SV: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hovedpinesygdomme sendes i høring via Høringsportalen - høringsfrist er 26. april 2019, kl. 12

Kære Elisabeth

Du modtager hermed høringssvar til 'anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hovedpinesygdomme'. Nedestående svar skulle have været dig i hænde i torsdag, men jeg har haft problemer med min outlook, som gør at svaret ikke blev sendt. Jeg skal naturligvis beklage.

Dansk Selskab for Fysioterapi fremsender her vores høringssvar til anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hovedpinesygdomme. Svaret fremsendes i samarbejde med Dansk Selskab for Akupunktur i Fysioterapi.

Svar: Anbefalingerne nævner at forsinket diagnostik er et problem. Samtidig beskrives det, hvornår og hvordan praktiserende læge og kiropraktor kan henvise videre til udvalgte diagnostiske undersøgelser på sygehus.

I denne kontekst er det relevant at få tydeliggjort og nuanceret fysioterapeuternes rolle. I anbefalingerne bør det derfor fremgå, at fysioterapeuter ved kliniske fund der indikerer alvorlig patologi forventes at kommunikere tilbage til patientens praktiserende læge.

Eksempelvis kunne der med fordel, som på side 61 pkt. 7.3, være et afsnit som beskriver fysioterapeuternes rolle ifm triagering og henvisning til lægefaglig vurdering, så mulig forsinket diagnostik i større omfang undgås.

Detaljerne fra DDKM vedrørende fysioterapi, vedrørende kommunikation, kvalitet og patientsikkerhed, er værd at få med, da de beskriver den forventede indsats fra fysioterapeuter. Ikke mindst, da der har været direkte adgang til fysioterapi siden 2007.

DDKM: <https://www.ikas.dk/deltagere-i-ddkm/fysioterapipraksis/standardsaet/-/Kvalitet%20og%20patientsikkerhed/06>

På vegne af Dansk Selskab for Fysioterapi og Dansk Selskab for Akupunktur i Fysioterapi.

Mvh
Lars Tomlinson

Med venlig hilsen

Lars Tomlinson

Dansk Selskab for Fysioterapi

Holmbladsgade 70
2300 København S
+45 3056 6806

lt@dsfys.dk - www.danskselskabforfysioterapi.dk



Odense d. 24. april 2019

Til Sundhedsstyrelsens NKR-sekretariat

Høringssvar vedr.

Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hovedpinesygdomme

Hermed fremsendes fra Dansk Selskab for Kiropraktik høringssvar vedr. ovennævnte anbefaling. På Dansk Selskab for Kiropraktiks vegne, takker vi for lejligheden til at kommentere og afgive høringssvar på det fremsendte udkast til en national anbefaling for tværsektorielle forløb for mennesker med hovedpinesygdomme.

DSK vil gerne udtrykke anerkendelse af det store og vigtige arbejde, der ligger bag rapporten og lykønske arbejdsgruppen med det flotte resultat. DSK vurderer, at anbefalingerne er anvendelige og resultatet vellykket. Nedenfor har vi anført nogle konstruktive kommentarer, som vi håber vil blive taget til efterretning.

Med venlig Hilsen

Line Press Sørensen
Formand DSK

Jævnfør afsnit 2.1: Tværsektoriel organisering

Vi anerkender vigtigheden af at opkvalificere sundhedsfagligt personale i forhold til mere ensartet diagnosticering og håndtering af denne patientgruppe, men vi mener det bør gælde alle aktører for at opnå et bedre tværsektorielt samarbejde og ikke primært de praktiserende læger. Dette kunne potentielt set være en opgave, som det Nationale center kunne varetage i form af efteruddannelse af sundhedsfagligt personale i primærsektoren (praktiserende læger, kiropraktorer, fysioterapeuter).

Jævnfør afsnit 2.3: Faglige indsatser

Set i lyset af hyppigheden af spændings- og blandingshovedpiner (som nævnt på side 17) mener vi, at det sidste punkt om ikke medicinske indsatser bør stå tidligere i afsnittet, så det er mere synligt.

Jævnfør afsnit 2.4: Henvielse og kommunikation

Stavefejl: den praktiserende læge *henviser* til udredning....

Sætningskonstruktion af punktopstilling nr. 2: *egen læge* på trods af standardiseret udredning er *i tvivl* om diagnosen.

Sætningskonstruktion af punktopstilling nr. 3: *egen læge har mistanke* om...

Jævnfør afsnit 2.5: Opfølgning

Vi anerkender fuldt ud, at opfølgning for hovedpinepatienter er vigtigt og anbefaler, at opfølgning hos kiropraktor og fysioterapeut også beskrives i dette afsnit.

Jævnfør afsnit 2.6: Monitorering og kvalitetssikring

Det nævnes at monitorerings- og kvalitetssikringsarbejdet bør styrkes på hovedpineområdet med det formål at øge viden om hvilke indsatser, der virker over for hvilke typer af hovedpine. Tænker man her på at inkludere randomiserede kliniske undersøgelser? Vi anbefaler, at det beskrives eksplicit hvordan dette mål skal opfyldes.

Jævnfør afsnit 3.1: Afgrænsning af målgruppen

Anbefalingerne indeholder ikke cervicogen hovedpine.

Jævnfør afsnit 3.2: Forekomsten af hovedpine i befolkningen og sygdomsbyrden, side 15

Forekomst af patienter med hovedpine i primær praksis indbefatter også patienter i kiropaktorpraksis, hvor dette ofte er primær adgang. Her er forekomsten af hovedpine patienter mellem 5-8% (1, 2).

Jævnfør afsnit 3.2: Forekomsten af hovedpine i befolkningen og sygdomsbyrden, side 16

Her står der: "Sundhedsstyrelsen har via Danske Regioner spurgt regionerne om hvilke tilbud landets sygehuse 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."

Bilag 4 viser en figur over antal ambulante patienter i perioden 2008-2017.

Jævnfør afsnit 3.2: Forekomsten af hovedpine i befolkningen og sygdomsbyrden, side 16, boks 1

Eksempel på en specialiseret enhed burde indeholde alle relevante faggrupper som har hovedpine som fokusområde, inkl. kiropaktorer.

Det anbefales at inkludere cervicogen hovedpine.

Jævnfør afsnit 3.3.1: Spændingshovedpine

Årsager til spændingshovedpine – her ønskes tilføjet: biomekaniske funktionsforstyrrelser.

Forebyggelse til kronisk spændingshovedpine: her angives medicinske tiltag, som i nogle tilfælde kan have effekt eller ikke har effekt. Vi anbefaler at der som første anbefaling anføres ikke-medicinske tiltag, som fx manuel behandling og træning (3, 4), før medicinsk behandling iværksættes.

I paragraf 5 beskrives brugen af antidepressiva hos patienter med spændingshovedpiner, og der henvises til reference [1]. Reference [1] bør være en primær reference.

Tabel 1 til Tabel 5: Diagnostiske kriterier

Alle tabeller med diagnostiske kriterier er nævnt under de enkelte hovedpiner i afsnit 3. Det kan derfor undre hvorfor de er gentaget i bilag 5?

Tabel 1. Diagnostiske kriterier for spændingshovedpine. Denne tabel er forskellig fra den der findes i bilag 5? (indeholder 3 ekstra punkter under hyppig episodisk hovedpine af spændingstype)

Tabel 2. Diagnostiske kriterier for migræne.

Stavefejl: ...udvikles gradvist over mindst 5 minutter, og/eller forskellige...

Jævnfør afsnit 3.3.2: Migræne, side 19

Vi værdsætter/anerkender tilføjelse af blandingshovedpine, som vi dog godt kunne ønske blev uddybet (3-5).

Jævnfør afsnit 4. Boks med anbefalinger på side 24

Det beskrives, 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.

Vi anerkender vigtigheden af at opkvalificere sundhedsfagligt personale i forhold til rådgivning og undervisning af denne patientgruppe, men vi mener det bør gælde alle aktører for at opnå et bedre tværsektorielt samarbejde og ikke primært de praktiserende læger.

Jævnfør afsnit 4.1: Baggrund, side 25 øverst

Tilbud om patientuddannelse og rådgivning varetages ikke kun af kommunerne, men i høj grad også hos kiropaktorer, fysioterapeuter og læger.

Jævnfør afsnit 4.3.2: Visitationsretningslinjer

Det anføres at der anbefales udarbejdelse af visitations retningslinjer, og at der ved undervisning sikres kendskab til disse blandt praktiserende læger og neurologer. Vi finder det relevant at andre sundhedsprofessionelle som også ser hovedpinepatienter som første indgang (kiropaktorer), bør have samme kendskab, og at der derfor bør udarbejdes en fælles retningslinje for alle.

Jævnfør afsnit 4.3.3: Rådgivning og undervisning

Man anbefaler at regionerne rådgiver/underviser de praktiserende læger i kendskab til visitationsretningslinjer samt evidens for behandling, bl.a. for at nedsætte ventetiderne. Her kunne anføres at bl.a. kendskabet til kiropaktorerens kompetencer indenfor diagnostik, håndtering og behandling af hovedpinepatienter kunne optimeres og være en del heraf, og dermed medvirke til nedsættelse af ventetider.

Som tidligere nævnt burde en specialiseret enhed (det nationale hovedpinecenter) indeholde alle relevante faggrupper som har hovedpine som fokusområde, inkl. kiropaktorer.

Jævnfør afsnit 4.3.4: Øget brug af kommunale forebyggelses- og sundhedstilbud, side 30 nederst

Man skriver: "Det foreslås, at hovedpinepatienter inkluderes i de eksisterende evidensbaserede forebyggelsestilbud i kommunerne."

Vi anbefaler, at der sættes en reference på dette.

Jævnfør afsnit 4.4.1: Almen praksis, side 31

Her nævnes opgaver der kan varetages i almen praksis. Der er dog ikke nævnt ikke-medicinske tiltag (fx manuel behandling, træning), som bør opprioriteres i anbefalingerne.

Samme gør sig gældende for MOH. Man anbefaler at forsøge afvænnning inden der henvises til neurolog eller sygehus. Her burde der også være anført ikke-medicinsk behandling.

Jævnfør afsnit 4.4.2: Praktiserende neurolog, side 32

"Den praktiserende neurolog kan også, såfremt det ikke er blevet gjort i almen praksis, henvise til fysioterapeut, kiropaktor eller til afklarende sundhedssamtale i kommunen". Der kræves ikke henvisning til kiropaktor.

Jævnfør afsnit 4.4.3: Praktiserende kiropaktor

Vi foreslår at den første sætning ændres således at den passer til grunduddannelsens indhold:

"Kiropaktorer kan varetage diagnostik, behandling og forebyggelse af bevægeapparatsproblemer i rygsøjle, bækken og ekstremiteter samt..."

Vi foreslår også, at følgende tilføjes:

"I henhold til Landsoverenskomsten for kiropraktik udarbejder regionerne en praksisplan over den kiropraktiske behandling i regionen hvor kiropraktik indgår i den samlede sundhedsplanlægning"

Jævnfør afsnit 5.3.2: Objektiv undersøgelse

Det er ønskværdigt at der uddybes, evt. i et bilag, hvad den neurologiske undersøgelse som minimum bør indeholde i primær praksis (fx fuld kranienerve screening og dennes indhold, neurologisk undersøgelse af overekstremiteterne mv.). Dette af hensyn til at anbefalingen skal kunne varetages af alle sundhedsprofessionelle i primær praksis (praktiserende læger, kiropraktorer og fysioterapeuter) og dermed sikre ensartethed.

Jævnfør afsnit 5.3.7: Vurdering af graden af funktionsevnebegrænsning

Figur 6 viser ICFs konceptuelle model. Figuren er simplificeret, og vi anbefaler, at den beskrives ordret og med retvisende pileangivelser.

Jævnfør afsnit 6: Boks med anbefalinger på side 40

Som tidligere nævnt mener vi de ikke-medicinske indsatser bør stå nævnt som noget af det første i anbefalingen. Dette af hensyn til høje hyppighed af spændings- og blandingshovedpiner som nævnt på side 17.

Jævnfør afsnit 6.1: Baggrund

Det kan overvejes:

- 1) at fremhæve, at valg af behandlingselementer kan kombineres, hvilket kan gavne patienter med blandingshovedpine jf. den høje hyppighed nævnt ovenfor og at tværfaglig behandling er mere effektiv.
- 2) at indsætte non-farmakologisk profylaktisk behandling som et af hovedelementerne.

Jævnfør afsnit 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,"
Vi går ud fra det er en fejl at MOH er nævnt her.

Jævnfør afsnit 6.4: Ikke-medicinsk behandling

Det anføres at patientuddannelse vægtes højest modsat anden ikke-medicinsk behandling. Hvad er evidensen herfor?

Patientuddannelse beskrives detaljeret og fylder uhensigtsmæssigt meget set i lyset af det spinkle evidensgrundlag (jf. boks 3 og sidste linje på side 44). Der henvises til tre vejledninger om patientuddannelse ved kronisk sygdom (reference 22, 36 og 37). Vi gør her opmærksom på, at en anseelig andel af patienter med hovedpine ikke falder ind under 'kronisk hovedpine', samt at anbefalingerne går på alle patienter med hovedpine. På trods af det spinkle evidensgrundlag, anbefales det, 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 (side 45).

Vi foreslår at denne anbefaling modereres på lige fod med hvordan andre ikke-medicinske behandlinger beskrives.

Jævnfør afsnit 6.4.5: Manuel behandling

Reference 51 (Varatharajan et al. 2016), der er brugt under afsnit 6.4.4, angiver både evidens for effekten af manipulation + træning, og dermed bør der ikke stå begrænset evidens under manuel behandling, når det ikke står tilsvarende for superviseret træning. Det er vores opfattelse, at evidensen er på samme niveau

for manuel behandling som for træning (3, 6), hvilket ikke er det indtryk man får her, og vi mener det er et ret værdiladet afsnit.

Det bør endvidere anføres at manuel behandling også kan have effekt både på kort og langt sigt, dvs. også som profylaktisk behandling (3, 7).

Jævnfør afsnit 6.7.1: Spændingshovedpine, side 50

I introduktionen til afsnit 6 er det anført, at der mangler opdatering på området hvilket vi er enige i. Dog er det uklart hvorfor man ikke bruger nogle af de studier, der rent faktisk siger noget om effekten af manuel behandling (3, 4), og dermed behandler denne interventionstype på lige fod med fx patientuddannelse.

Endvidere anbefaler vi, at der indføres et underafsnit om 'Forebyggende behandling', da det i flere studier anføres at manuel behandling kan have en forebyggende effekt (3, 4) og at ikke-medicinsk behandling burde afprøves før medicinsk behandling iværksættes, bl.a. for at modvirke udvikling af MOH.

Jævnfør afsnit 6.7.2: Migræne, side 52

Et systematisk review og meta-analyse har vist, at effekten af manuel behandling på migræne kan reducere antallet af migrænedage samt smerte og intensitet (5). Vi anbefaler, at studiets fund medtages i dette afsnit.

Jævnfør afsnit 6.7.5: Kronisk posttraumatisk hovedpine, side 57

Fysioterapi er ikke en behandling, men en faggruppe - hvad indeholder denne behandling?

Jævnfør afsnit 7: Henvisning og kommunikation (boks med anbefalinger)

Venligst se afsnit 2.4 ovenfor.

Jævnfør afsnit 7.1.3: Henvisning til fysioterapeut, kiropraktor eller psykolog

Der kræves ikke henvisning til en kiropraktor.

Dette burde inddeles i separate afsnit, da kiropraktorer, fysioterapeuter og psykologer har forskellige kompetencer (udredning, diagnostik, behandling, håndtering) grundet forskellig akademisk baggrund.

Jævnfør afsnit 7.4.2: Fysioterapeut, kiropraktor og psykolog

Dette burde inddeles i separate afsnit, da kiropraktorer, fysioterapeuter og psykologer har forskellige kompetencer (udredning, diagnostik, behandling, håndtering) grundet forskellig akademisk baggrund.

Jævnfør afsnit 8: Opfølgning (boks med anbefalinger)

Bør anbefalingerne ikke indeholde en beskrivelse af opfølgning af patienter, som ses af kiropraktor eller fysioterapeut?

Jævnfør afsnit 8.2: Opfølgning hos fysioterapeut og kiropraktor

Bør opdeles jvf. ovenstående.

Referencer

1. Beliveau PJH, Wong JJ, Sutton DA, Simon NB, Bussieres AE, Mior SA, et al. The chiropractic profession: a scoping review of utilization rates, reasons for seeking care, patient profiles, and care provided. *Chiropr Man Therap.* 2017;25:35.
2. Hartvigsen J, Sorensen LP, Graesborg K, Grunnet-Nilsson N. Chiropractic patients in Denmark: a short description of basic characteristics. *J Manipulative Physiol Ther.* 2002;25(3):162-7.
3. Bronfort G, Assendelft WJ, Evans R, Haas M, Bouter L. Efficacy of spinal manipulation for chronic headache: a systematic review. *J Manipulative Physiol Ther.* 2001;24(7):457-66.

4. Cote P, Yu H, Shearer HM, Randhawa K, Wong JJ, Mior S, et al. Non-pharmacological management of persistent headaches associated with neck pain: A clinical practice guideline from the Ontario protocol for traffic injury management (OPTIMa) collaboration. *Eur J Pain*. 2019.
5. Rist PM, Hernandez A, Bernstein C, Kowalski M, Osypiuk K, Vining R, et al. The Impact of Spinal Manipulation on Migraine Pain and Disability: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Headache*. 2019;59(4):532-42.
6. Varatharajan S, Ferguson B, Chrobak K, Shergill Y, Cote P, Wong JJ, 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*. 2016;25(7):1971-99.
7. Haas M, Bronfort G, Evans RL, Leininger B, Schmitt J, Levin M, et al. Spinal rehabilitative exercise or manual treatment for the prevention of cervicogenic headache in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2016(5).



Sundhedsstyrelsen
Evidens, Uddannelse og Beredskab
Mail eub@sst.dk

Høring vedr. tværsektorielle forløb for mennesker med hovedpinesygdomme

Sundhedsstyrelsen har sendt udkast til anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hovedpinesygdomme i høring med frist den 26. april 2019.

KL finder overordnet, at udkastet til anbefalinger for det tværsektorielle forløb vil være med til at understøtte en god arbejdsdeling og samarbejde til gavn for mennesker med hovedpinesygdomme. Det er desuden positivt, at høringsudkastet er overskueligt at læse.

Som det også fremgår af udkastet, er hovedpine er en af de hyppigste sygdomme i Danmark og udgør 20 procent af det samlede sygefravær i Danmark. Det ligger dermed et stort forebyggende potentiale (ift. nogle af hovedpinetyperne) i form af formidling af viden om, hvordan man kan forebygge eller minimere hovedpine. KL håber, at det nyetablerede Nationale Videnscenter for Hovedpine vil være med til at løfte denne opgave. Det drejer sig om bl.a. at formidle viden bredt til skoler, foreningsliv, institutioner, arbejdspladser mv.

Overordnede bemærkninger

Anbefaling om tværsektoriel organisering

En af anbefalingerne under tværsektoriel organisering lyder, at der udarbejdes forløbsbeskrivelser for specifikke grupper af hovedpinepatienter for at sikre tværsektoriel sammenhæng i patientforløbet. Disse beskrivelser skal sikre opgavefordeling og kommunikation mellem sundhedsvæsenets aktører.

KL vil anbefale, at man i højere grad konkretiserer hvilke grupper, der er tale om og hvad der tænkes ift. at der skal indgås regionale og lokale aftaler.

Anbefaling under faglig indsats

Det anbefales under faglig indsats, 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.

KL finder, at der er behov for at præcisere, hvem det er, der skal stille disse forskellige indsatser til rådighed samtidig med, at KL også finder, at

Dato: 25. april 2019

Sags ID: SAG-2018-05465
Dok. ID: 2747835

E-mail: LHT@kl.dk
Direkte: 3370 3558

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 3

evidensen ift. disse indsatser bør fremgå tydeligere. Ellers kan vi risikere, at det i for høj grad bliver et spørgsmål om at afprøve forskellige tiltag, som ikke nødvendigvis er til gavn/godt for borgeren.

Specifikke bemærkninger

I kapitel 4.2, Udfordringer i det tværsektorielle forløb, side 26 står følgende: "Personer med hovedpinesygdomme benytter sjældent kommunernes forebyggende indsatser (...) også på grund af manglende tillid til effekten af indsatserne". Kilde ift. dette udsagn bør fremgå. KL oplever, at det som oftest er de (ikke) henvisende læger, som har denne holdning.

Kapitel 4.4.1. Almen praksis, side 31, anden sidste afsnit.

Der bør stå regionale sundhedsaftaler i stedet for regionernes sundhedsaftale. Der er tale om aftaler mellem regioner, kommuner og almen praksis.

Kapitel 4.4.7 Kommuner

På side 34 fremgår det bl.a., at lægen kan henvise til et specifikt forebyggelsestilbud. Dette er ikke korrekt. KL foreslår følgende formulering: "Kommunerne har forebyggelsestilbud til borgere med kroniske lidelser. Personer med vedvarende funktionsevnebegrænsede hovedpinesygdomme kan henvises til afklarende samtale med henblik på evt. deltagelse i disse tilbud, som det også beskrives i kapitel 4.3.4. Et patientforløb er sjældent lineært og nogle borgere vil sideløbende indgå i forløb i regi af både almen praksis og/eller sygehus".

Kapitel 6.2 Udfordringer i forbindelse med behandling af hovedpinesygdomme

På side 42, anden linje, fremgår det, at det især er et problem for økonomisk udsatte personer, at der er egenbetaling til fx fysioterapeut, kiropraktor mv. KL finder ikke, at det bør fremgå af en faglig publikation. Overenskomstdækningen er vilkår, der er fastlagt centralt fra og er politisk bestemt.

Det fremgår i den forbindelse, at der er et ønske om, at flere kommunale tilbud gøres tilgængelige for patienterne, så der kan iværksættes en tværfaglig indsats. Ift. tilgængeligheden har kommunerne tilbud om sygdomsmestring herunder også forskellige indsatser, som iværksættes af jobcentrene.

Udfordringen er, at almen praksis og sygehusene ikke henviser til disse tilbud, selvom kommunerne løbende er i dialog med dem herom. Der vil også altid være borgere, som af forskellige årsager fremvælger at deltage. Kommunerne arbejder på forskellig vis for at gøre de tilbud, de har mere tilgængelige. Det bør præciseres, hvad man derudover tænker, at kommunerne bør gøre, i fald der er andre veje.

Kapitel 6.7.5. Kronisk posttraumatisk hovedpine

Det fremgår under overskriften *Ikke-medicinsk behandling*, at Sundhedsstyrelsen på baggrund af de foreløbige resultater fra en undersøgelse fra Center for Hjerneskade anbefaler, at patienter med posttraumatisk hovedpine har krav på en specialiseret tværfaglig behandling.

Dato: 25. april 2019

Sags ID: SAG-2018-05465
Dok. ID: 2747835

E-mail: LHT@kl.dk
Direkte: 3370 3558

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 3



KL finder, at man skal være meget varsom med på baggrund af en enkel undersøgelse og foreløbige resultater, hvor et center sammenligner centret 22 ugers program med "en sædvanlig behandling, der gives i kommunerne" at anbefale, at en gruppe med posttraumatisk hovedpine skal tilbydes specialiseret tværfaglig behandling. Dels udbyder centret dette tilbud og dels er der tale om en stor og meget forskelligartet gruppe, som ikke alle har samme behov.

Det er den enkelte læge som vurderer, om der skal udarbejdes en genoptræningsplan, hvor det fremgår, hvilken rehabilitering som den enkelte borger skal tilbydes. Kommunerne oplever, at de enkelte sygehuse er meget usikre ift., hvad den enkelte patient med posttraumatisk hovedpine skal tilbydes.

Det bør i stedet for afklares nærmere, hvem der ift. de forskellige behov, denne målgruppe har, har brug hvilke indsatser. Det drejer sig også om at tydeliggøre ansvarsfordelingen mellem den enkelte sygehusafdeling og kommune ift. at løfte hhv. behandlings- og rehabiliteringsdelen. Der er netop på dette område (hjernerystelse) i regi af Center for Hjerneskade nedsat en arbejdsgruppe, som skal komme med anbefalinger til Nationale Kliniske retningslinjer for commotio. KL vil derfor anbefale, at nærmere anbefalinger på dette område afventer en nærmere afdækning af området herunder en nærmere afdækning og afklaring af evidensen.

Kapitel 7.1.2. Henvisning til kommunale tilbud

Det fremgår, at den praktiserende læge skal anvende blanket LÆ 165 – forslag om socialmedicinsk behandling. KL har fået oplyst, at det enten er blanket LÆ125, eller LÆ135, som anvendes.

Kapitel 9. Monitorering

Det anbefales sidst i afsnittet, at kommunerne i fremtidige studier i højere grad evaluerer langtidseffekter og effekt hos specifikke patientgrupper. KL finder ikke, at det som indsatserne er tilrettelagt i kommunerne er relevant og muligt at foretage en sådan diagnosespecifik undersøgelse. Kommunerne tager ikke afsæt i borgerens diagnose, men i deres funktionsnedsættelse og behov. Borgere med hovedpine har ofte mange andre sygdomssymptomer end hovedpinen, som påvirker dem ift. at kunne håndtere sygdom og tilbagevenden til arbejde.

KL tager forbehold for politisk behandling af høringsvaret.

Med venlig hilsen

Hanne Agerbak

Dato: 25. april 2019

Sags ID: SAG-2018-05465

Dok. ID: 2747835

E-mail: LHT@kl.dk

Direkte: 3370 3558

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

www.kl.dk

Side 3 af 3

Migræne danmarks kommentarer til Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hovedpinesygdomme - HØRINGSVERSION

Generelle kommentarer

Vi er glade for, at der sættes fokus på behandlingen af hovedpinesygdomme. Migræne og hovedpine er folkesygdomme, som fylder godt hos lægerne.

Vi havde gerne set, at anbefalingerne afgrænsede målgruppen, så det klart fremgår, at hovedparten af migrænikerne er 'nemme' patienter, som blot har brug for en recept af og til. Patienter med funktionsevnebegrænsninger har derimod brug for, at systemet spiller godt sammen, for at de kan få den bedst egnede behandling, uden for lange ventetider.

Vi er usikre på, hvad sammenknytningen mellem de praktiserende læger og jobcentre vil gøre for patienterne. Migrænikere med funktionsevnebegrænsninger kæmper (ofte sammen med deres praktiserende læge) hårdt for at bevare jobbet. De læger, som er villige til at skrive recepter på den nødvendige akutmedicin (også mere end de anbefalede 9 triptandage om måneden), har ofte held med at migrænikeren kan bevare jobbet, evt. med selv-sanering af medicinforbruget med passende mellemrum.

Det bør være migrænikernes valg, om de vil tage den nødvendige medicin og have en god livskvalitet, frem for at blive klient i jobcenteret på grund af mangel på effekt af behandlingen. Vi finder det vigtigt, at der i disse anbefalinger gøres plads til at lægerne sammen med patienterne kan vælge denne behandling.

Vi er også usikre på, hvordan de praktiserende læger skal kunne overkomme det opfølgende arbejde, der skitseres i en tid, hvor der er betydelig lægemangel. Langt de fleste migrænikere (også hårdt ramte migrænikere) lever et glimrende liv med en recept på triptaner af og til, og de behøver sjældent at tale med lægen face to face. Ressourcerne bør reserveres til de patienter, som har meget svær migræne og som selv føler, de får hjælp ved jævnlige lægebesøg, eller som har ændringer i deres migræne (det bør altid udløse et lægebesøg), eller som er bekymrede over, om migrænen udvikler sig til noget farligt. Bekymringer som disse kan udløse psykiske problemer.

Der lægges vægt på, at lægerne skal være opmærksomme på, om migrænikerne har psykiske problemer sammen med migrænen. Vi henviser til en review artikel fra 2010, som dokumenterer, at migræne giver øget risiko for at få psykiske diagnoser i langt højere grad end det omvendte, at f.eks. en depression udløser migræne (*Front Neurol. 2010; 1: 16. Comorbidities of Migraine*). I de senere år er der udkommet en del forskningsrapporter, som konkluderer, at migræne og depression har en 'bi-directional' (genetisk) sammenhæng, men data for, hvad der er den primære faktor, er svagere end i reviewet fra 2010. Vi mener derfor, at en god behandling af migrænen er første skridt på vejen mod et liv uden depression.

Vi ønsker at påpege, at mængden, kvaliteten og relevansen af kommunale forebyggelses- og behandlingstilbud virker overdrevne i Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Der er ca. 42 kommuner ud af 98, som udbyder Lær at tackle kroniske sygdom og/eller Lær at tackle kronisk smerte. Det er således kun ca. halvdelen af kommunerne, som på nuværende tidspunkt kan tilbyde et eller begge de to kurser. Kursernes målgrupper er desuden langt fra hovedpine/migræne. Smertekursets målgruppe er f. eks. muskelskeletsmarter, komplekse regionale smerteforstyrrelser,

belastningsskader, fibromyalgi eller fantomsmerter. Kronisk sygdoms målgruppe er f.eks. hjertesygdom, gigt, KOL, diabetes, senfølger efter kræft eller lignende. Så kurserne er ikke målrettet til noget der minder om hovedpine, og udbydes kun i halvdelen af landets kommuner.

Et lille survey på Migræne danmarks Facebook gruppe (80 svar) viste at 61 respondenter ikke kendte Lær at tackle-kurserne. 9 fandt at kurserne var et godt sted at møde andre med smerteproblemer, 4 oplevede at kurset havde hjulpet dem, 3 havde ikke fået noget gavn af kurset og 3 havde svar som ikke helt kunne klassificeres. Så Lær at tackle-kurserne er på nuværende tidspunkt nok ikke tilstrækkeligt målrettede til at de hårdt ramte migrænikere finder, at de er relevante.

Det er fint, at speciallægerne kan henvise til en psykolog, men det bør ikke fremstå som noget, der gøres rutinemæssigt.

Anbefalingerne bør reflektere, at den dokumenterede viden om migræne og behandlingen af samme, er begrænset. Man ved stadig ikke helt, hvad der forårsager migræne, og man famler i det hele taget, når det kommer til behandlingen af de hårdt ramte. Denne usikkerhed fremgår kun i anbefalingerne når det kommer til PTH (Post Traumatisk Hovedpine), men uvidenheden er lige så reel for spændingshovedpine og migræne. F.eks. foreligger der ikke nogen reel dokumentation for grænsen på de 9 triptandage for migrænikere. Det er absolut muligt, at problemet med MOH ligger i den håndkøbsmedicin, som anbefales som førstevalg, og som lægerne anbefaler at man kan tage i op til 15 dage om måneden.

Desværre er det ikke muligt at lave en objektiv test for om en migræniker har funktionsevnebegrænsende migræne eller hovedpine, f.eks. ved en blodprøve. Det gør det ekstra vigtigt at der er fokus på respekt for patienten og dennes behov.

Der er i teksten et stort fokus på patienter, som er i fare for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet. Man bør ikke glemme dem, som allerede har mistet tilknytningen. I det hele taget opfordres til en mere gennemgående refleksion over, hvorledes de hårdt ramte kan hjælpes bedre, uanset om de er 'nye' eller har haft funktionsevnebegrænsinger i lang tid..

Det virker i udpræget grad som spild af lægens og patientens tid, at patienten skal mødes med lægen hver gang triptaner skal udskrives.

Behandlingen for medicinoverforbrugshovedpine (MOH), som vi kender den, er og bliver for dårlig. At gennemgå en medicinsanering er en alvorlig sag og ekstremt smertefuldt. Der er brug for meget mere støtte og opbakning i systemet, herunder tilstrækkelig medicinsk aflastning. Det er utilstrækkeligt og etisk uforsvarligt at man maks. kan få 14 dage med støttemedicin er i en 2 måneders medicinsaneringsperiode. Op til halvdelen af dem, der gennemgår en medicinsanering, får ingen reduktion i migrænedagene, og har derfor brug for smertelindring hele vejen gennem de 8 uger.

Psykosocial og lægelig støtte i selve saneringsperioden bør styrkes. Hovedpinecenteret laver efter aftale med patienten om medicinsanering et opkald 4 uger inde i saneringen af en sygeplejerske. I lyset af hvor smertefuld en proces det er, er det en meget ringe støtte. Både i hovedpinecenterregi, speciallægeregi og ved den praktiserende læge, skal behandlingen af MOH tages mere alvorligt både i forhold til lægefaglig støtte, medicinsk hjælp, psykosocial støtte, fysioterapeut (massage kunne måske afhjælpe nogle af de uundgåelige spændinger, som man vil få at ugevis med smerter)

og lægelig opfølgning. Nogle patienter tilbydes en 'migræneskole' i saneringsperioden. Den giver en lang række gode og fornuftige tips til et godt liv med migræne, men tilbydes kun i Glostrup, Esbjerg og på Bispebjerg Hospital.

Vi ser frem til at der etableres et fælles IT-system, som vil medtage data fra de ikke-lægelige behandlinger. Det vil klart styrke den ikke-lægelige behandlings kredibilitet. Samtidig vil lægerne få et bedre overblik over patientens forbrug af disse ressourcer.

Nedenfor er en liste med mere specifikke punkter, som vi har noteret.

Specifikke kommentarer fra Migræne danmark.

Målgruppen?

Det er en meget lang tekst. Og det står ikke klart på de første sider, hvem målgruppen mon er. I kommissoriet synes målgruppen alene at være Sundhedsstyrelsen.

Det synes, at den gennemgående tråd i teksten er, at den er fremadrettet. Det handler om 'nye' hovedpinepatienter. Vil patienter, som allerede er i behandling også være omfattet?

Citeringsfejl

Der er en del steder, hvor sprogbruget (brug af teknisk terminologi) ikke er nøjagtig. Et gennemgående eksempel er resultaterne fra den danske sundhedsprofil for migræne og hyppig hovedpine. Resultaterne omtales de allerfleste steder som "hyppig hovedpine og migræne". Det er en noget anden betydning end det, som rapporten omhandler. Deltagerne svarede på om de havde "migræne eller hyppig hovedpine". Se f.eks. kommentar i afsnit 3.2.

Begrebet 'hyppig hovedpine' er veldefineret i IHS's 3 udgave af hovedpineklassifikationen som spændingshovedpine 1 – 14 dage om måneden. Dette bør nok defineres et passende sted i teksten.

På side 41 (lige under figuren) ser det ud til at kilden, som er citeret, ikke helt er læst grundigt nok.

Samarbejde mellem sektorer

Det lyder forjættende, at der skal skabes bedre muligheder for samarbejde mellem læger og tandlæger, fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer, kommunernes tilbud og patientforeningerne. Men det handler nok mest om, at der skal laves regler og lovgives, så der kan komme mere dækkende tilskud til behandlinger hos fysioterapeuter, kiropraktorer og psykologer. Og måske også statstilskud til de kommunale tilbud.

Patientforeningernes arbejde med patientstøtte vil givetvis kunne blive mere omfattende med et tilskud.

På side 60 og 61 omtales, at læger kan henvise til jobcenteret, hvis lægen skønner at patienten er i fare for at miste jobbet. Er der en aftale med jobcentre om dette? Hvad mener patienterne om dette?

Primærsektoren er nøglen

Vores praktiserende læger har travlt. Så travlt, at patienterne ofte tøver med at bede om en tid, fordi de ikke rigtigt opnår at få lægens udelte opmærksomhed i ret mange minutter. Og nu ser det ud til, at de praktiserende læger skal pålægges at være tovholdere med pligt til opfølgning på behandlinger og patienternes generelle tilstand for en stor gruppe patienter. 5% af konsultationerne omfatter alene migrænikerne. Det er en væsentlig kapacitetsudvidelse for en gruppe læger, som allerede har meget travlt.

Så der vil formentlig blive brug for op til 10% (eller deromkring) flere praktiserende læger for at opfylde anbefalingernes intentioner.

Hovedpine og psykiske problemer

Den underliggende antagelse er, at der er en væsentlig comorbiditet mellem migræne og angst og/eller depression. Det holder stik for grupper med mange migrænedage, men det er tydeligvis migrænen, som giver de psykiske problemer og ikke omvendt (se referencer i Front Neurol. 2010; 1: 16. Comorbidities of Migraine. Shuu-Jiun Wang, Ping-Kun Chen og Jong-Ling Fuh, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3008936/>).

Ikke desto mindre opfordres alle de behandlende læger til at være opmærksomme på, at migræne og psykiske diagnoser ofte følges, og lægerne motiveres til at sende migrænepatienterne til psykolog.

Komplicerede hovedpineforløb

Sundhedsstyrelsen ser det som et mål at beskrive forløbsprogrammer for komplicerede hovedpinesygdomme. Der er ca. 300 forskellige diagnoser i IHS's klassifikation af hovedpiner. Mange af disse diagnoser er sjældne, nogle er stadig ret dårligt beskrevet eller belyst, og de kræver vidt forskellige behandlinger.

Det virker derfor som en voldsomt stor opgave at beskrive forløbsprogrammer for et repræsentativt udvalg af de mange varianter af hovedpine og migræne. Klassifikationen (IHS3) af de mange varianter af hovedpiner giver de behandlende læger et udmærket værktøj med gode kommentarer om behandling.

Linket på side 27 virker ikke.

Uddannelse er vejen frem

Afsnittene omkring side 28 handler om, at der er behov for en masse efteruddannelse om hovedpinesygdommenes behandling. Det lyder som et godt initiativ, men der skal nok etableres en form for 'belønning' til de praktiserende læger, som deltager i efteruddannelsen. Erfaringen er, at der er nogle praktiserende læger, som generelt undgår efteruddannelse. Patienterne oplever stadig læger, som ikke kender Referenceprogrammet fra 2010, og slet ikke bogens indhold

På side 30 omtales de kommunale tilbud, som ikke bruges af hovedpinepatienter. En søgning på sundhed.dk <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/shf-soeg/?SearchTerm=kommunale%20tilbud%20hovedpine&searchType=searchTerm&Page=1&PageSize=10&Category=12> gav ingen resultater for tilbud til hovedpinepatienter. Det er derfor på nuværende tidspunkt næppe muligt at finde egnede tilbud specielt til hovedpinepatienter.

Sygdomsmestring omtales også flere gange. Men der så vidt vides ingen offentlige kurser, som handler specifikt om at mestre migræne.

Ventetider

Afsnit 5 handler om rettidig diagnose. Det er vigtigt her at forklare, at ventetiden på at komme til behandling på en hospitalsklinik er lang, og at det 1. udsætter patienten for unødigt risiko for at miste arbejdet 2. giver patienten en periode med unødige smerter, 3. giver patienten en masse bekymring, og 4. patienten har en øget risiko for at udvikle medicinoverforbrugshovedpine i ventetiden.

En reduktion af ventetiden vil på alle fronter være en god investering.

Ikke-omtalte emner

Der er ingen omtale af migræne-triggere. Migrænepatienterne er meget opmærksomme på, at de selv kan gøre noget for at nedsætte migrænedagenes antal ved enkle livsstilsændringer.

Arvelighed nævnes en gang for klyngehovedpine. Migræne er stærkt arvelig. Opsøgende arbejde for at finde f.eks. migrænikere inden migrænen bryder ud synes både irrelevant og omsonst, for 9 ud af 10 migrænikere har en nær slægtning, som har migræne, og ved derfor en del om denne sygdom.

Livskvalitet nævnes 8 gange. Migræne kan ikke kureres. Derfor er en rimelig god livskvalitet det gennemgående mål for behandlingen af migræne. Mere fokus på dette aspekt ville være ønskelig.

Placebo-behandlinger

Der plæderes på side 40 bl.a. for at patienterne tilbydes en række tilbud (superviseret træning, manuel behandling, afspændingsteknikker, akupunktur og kognitiv terapi) som formentlig hver for sig har en vis placebovirkning.

Placebo-behandlinger (især dem der omfatter berøring) kan være lindrende. Det bør overvejes, om de har en plads i Sundhedsstyrelsens arsenal af behandlingstilbud. Kommissoriet omtaler at disse behandlinger 'kan' indgå i rapporten.

Opdateringer

Referenceprogrammet, som er lægernes 'håndbog' i behandling af hovedpinesygdomme, er ikke opdateret siden 2010. Der er sket meget på migrænefronten siden da. Det må formodes at teksten skal revideres inden længe. Vil det påvirke denne tekst?

Evidens

Ordet evidens benyttes 37 gange i teksten. Men der er en del udokumenterede påstande. Omkring side 46 er der specielt stor mangel på referencer.

Kvalitetsløft

Side 66-67. Det er altid godt at have dokumentation på, hvad man har gjort, og hvad der planlægges at blive gjort. Så kvalitetssikring bør være en integreret del af det danske sundhedsvæsen.

Det er en omfattende øvelse at få mange sektorer til at spille sammen og bruge et fælles system til at lagre data om en patientgruppe. Vil dette indgå i et generelt IT system, eller skal der etableres noget specielt for hovedpine?

Referencer

Der mangler årstal på en række referencer. Referencer til en internet-side (som måske opdateres) bør have en url. Et grelt eksempel er [28] "ICHD-3."

26. april 2019

Høringssvar fra Dansk Kiropraktor Forening over udkast til anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hovedpinesygdomme

Dansk Kiropraktor Forening vil gerne takke for høringsversionen af Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hovedpinesygdomme. Dansk Kiropraktor Forening anerkender det store arbejde med anbefalingerne og takker for at være inddraget i processen.

Dansk Kiropraktor Forening er overordnet tilfredse med resultatet og glade for, at kiropraktorernes unikke kompetencer i forhold til at kunne varetage diagnostik og behandling af patienter med hovedpinesygdomme har fundet vej ind i anbefalingerne. Vi har blot enkelte supplerende bemærkninger i relation til henvisning og differentiering, kvalitetsudvikling og praksisplaner.

Henvisning og differentiering

I anbefalingerne sidestilles henvisning til kiropraktorer flere gange med henvisning til fysioterapeuter og psykologer (eksempelvis på side 32, 42, 62 og 66). Vi vil i denne forbindelse præcisere, at kiropraktorer adskiller sig fra fysioterapeuter og psykologer ved, at det *ikke* kræver henvisning fra egen læge, for at patienter kan få offentligt tilskud til kiropraktorbehandling. Dette betyder også, at kiropraktorer – ligesom almen praksis – ser patienter direkte. Omvendt skal det også anerkendes, at det kan være et vigtigt element i et hovedpineforløb, at læger sender hovedpinepatienter til kiropraktor – gerne med et korrespondancebrev.

Kvalitetsudvikling

Dansk Kiropraktor Forening bifalder, at kvalitetssikringsarbejdet styrkes på hovedpineområdet med det formål at øge viden om hvilke indsatser, der virker over for hvilke typer af hovedpine. Qua at kiropraktorer ser patienter direkte og spiller en vigtig rolle i behandlingen af hovedpinesygdomme, bør kvalitetsudviklingen også rette sig mod kiropraktorerne og forankres i det overenskomstbestemte kvalitetsarbejde på samme måde, som kvalitetsudviklingen retter sig mod almen praksis (jf. side 66 og 67). Hertil kan nævnes, at Styrelsen for Patientsikkerhed som et led i deres tilsyn med behand-

lingssteder i år fører sundhedsfaglige tilsyn med kiropraktorklinikker. Diagnostik af patienter med hovedpine som primær klage er udvalgt som et fagligt fokuspunkt under disse tilsynsbesøg. Det understreger, at kiropraktorer er særligt opmærksomme på denne patientgruppe.

Praksisplaner

De arbejdsopgaver, som kiropraktorerne er forpligtet til at udføre, beskrives i praksisplanerne, som udarbejdes i samarbejde med regionerne. Formålet med praksisplanerne er at tilrettelægge den fremtidige kiropraktiske betjening i praksissektoren i de enkelte regioner. Praksisplanerne skal således understøtte en hensigtsmæssig kapacitetsplanlægning, kvalitet i kiropraktorpraksis samt samarbejde mellem kiropraktorpraksis og det øvrige sundhedsvæsen. Det anbefales, at kiropraktorernes rolle i det tværsektorielle forløb for hovedpinepatienter indarbejdes i de lokale praksisplaner.

Med venlig hilsen



Lone Kousgaard Jørgensen
Formand, Dansk Kiropraktor Forening



NOTAT

26-04-2019

EMN-2019-00639

1275210

Mathilde Amalie Buchwald

Jessen

Høringssvar for høring vedr. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hovedpinesygdomme

Danske Regioner modtog den 8. april høring over "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hovedpinesygdomme".

Indledningsvist skal det bemærkes, at den korte tidsfrist henover påsken betyder, at ikke har været muligt hente fyldestgørende bemærkninger fra fx de neurologiske afsnit.

Regionerne kan tilslutte sig anbefalingen om, at forebyggelsesindsatser i kommunerne dokumenteres og monitoreres systematisk med inddragelse af relevante kliniske parametre.

Danske Regioner finder, at sætningen "*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*" (side 26) fjernes, da der er tale om en påstand, der ikke underbygges med fakta.

På side 28 fremgår: "*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 sygehus med regionsfunktion*". Da der ikke følger ressourcer med anbefalingerne, finder Danske Regioner at denne passage fjernes fra publikationen.

På side 31 står: *"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"*. Danske Regioner bemærker, at det kan være problematisk at definere almen praksis rolle i sundhedsaftalerne/praksisplanen, da planerne er mere overordnede og ikke indeholder aftaler om specifikke diagnoser. Det forslås, at det nævnte erstattes med: *"Det anbefales, at almen praksis rolle i det tværsektorielle forløb for hovedpinepatienter defineres i regi af Sundhedskoordinationsudvalget og Praksisplanudvalget"*.

Tilsvarende på side 33 henvises til, at praktiserende neurologers rolle skal beskrives i lokale sundhedsaftaler. Sundhedsstyrelsen skal være opmærksom på, at ikke alt der handler om samarbejde kan løses i regi af sundhedsaftalerne, herunder at sundhedsaftalerne ikke kan rumme alle aspekter af samarbejde på tværs af sektorer.

Generelt bør Sundhedsstyrelsen forholde sig til, om den beskrevne arbejdsdeling kan lade sig gøre, inden for de overenskomstmæssige rammer. Af samme grund er det væsentligt, at anbefalingerne kommer i høring hos de faglige organisationer, herunder PLO og FAPS.

Regionernes prioritering af undervisning og videreuddannelse bliver beskrevet som løsning på bl.a. lange ventetider. Der er mange grunde til, at der er lange ventetider. Danske Regioner efterlyser, at der i anbefalingerne bliver skrevet mere ind om, at en af løsningerne på ventetiderne er, at almen praksis iværksætter flere initiativer, inden patienten henvises videre i systemet. Dette er en af de pointer, som er kommet klart frem til arbejdsgruppens møder. Vi skal sikre, at kun de komplicerede patienter bliver henvist til hospitalerne, hvilket således vil få ventetiden til at falde for de patienter, som har brug for den specialiserede behandling.

Det fremgår, at anbefalingerne skal bidrage til udvikling af en faglig og organisatorisk ensartet praksis af høj kvalitet i udredning, diagnostik, behandling, forebyggelse og opfølgning. I den forbindelse anbefales det, at der i de enkelte regioner udarbejdes forløbsbeskrivelser for mennesker med hovedpinesygdomme. Hertil bemærker Danske Regioner, at der i Region Syddanmark allerede foreligger en regional retningslinje for hovedpinepatienter, og at der som led i implementeringen heraf også er ved at blive udarbejdet en beskrivelse af patienternes forløb på tværs af sektorgrænser.

Det kan overvejes, om det i anbefalingerne kan tydeliggøres, hvordan de generelle forebyggelsestilbud i kommunerne kan bidrage til, at mennesker med hovedpinesygdomme kommer til at mestre deres sygdom bedre, og dermed opnår en bedre funktionsevne.

Med venlig hilsen

Mathilde Amalie Buchwald Jessen

Sproglige bemærkninger

I afsnit 4.4.6. 'Sygehuse' ønskes det præciseret at hovedpinepatienter, som ikke kan behandles i almen praksis, visiteres til praktiserende neurolog eller sygehus med en neurologisk funktion og ikke et sygehus med hovedfunktion. Således at teksten ændres fra: "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" til "Hovedreglen er at hovedpinepatienter som ikke kan behandles i almen praksis, visiteres til praktiserende neurolog eller **sygehus med en neurologisk funktion**, som herefter kan viderevisitere til sygehus med regionsfunktion eller til de højt specialiserede tværfaglige hovedpinecentre". Ligeledes ønskes denne præcisering i afsnit 4.4.1 i de to sidste afsnit, hvor 'sygehus med hovedfunktionsniveau' bedes ændres til '**sygehus med en neurologisk funktion**'.

Danske Regioner vil desuden tilkendegive, at det er positivt, at der på side 66 eksemplificeres, at regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) bruges som eksempel. Det er vigtigt, at det forbliver tydeligt, at det er en mulighed og ikke en anbefaling. Det er ligeledes vigtigt, at teksten i tekstboksen ændres til: " At den tværsektorielle kvalitet i behandling af hovedpinesygdomme løftes **f.eks.** via nationale kliniske retningslinjer (...)". Det er vigtigt, da RKKP og etablering af en klinisk kvalitetsdatabase kun er en af flere muligheder.

På side 66 forslås ligeledes, at teksten ændres til: "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 **i det omfang, at en database på området kan leve op til bekendtgørelses- og prioriteringskrav.**"

På side 10, afsnit 2.4: Her skrives 'den praktiserende læge henvises' skal ændres til 'henviser'.

På side 18, tabel 1: 1-14 dage – ikke 15. ' Ingen forværring' skal have bullet. Ved sætningen: "Hovedpinen forekommer gennemsnitligt mere end 15 dage/måned i mere end 3 måneder" skal der stå 'mindst 15 dage'.

Side 21, tabel 3: Der sættes spørgsmålstegn ved om g er et selvstændigt punkt. Der står, at kronisk klyngehovedpine er under 1 måned. Det er 3 måneder.

Side 22, tabel 4: punkt 2c gælder ikke i den nye klassifikation og skal slettes.

Side 42, punkt 6.2: Det beskrives at det i almen praksis kan være vanskeligt at få adgang til let tilgængelige behandlings vejledninger – men der er fra Dansk

Hovedpine Selskabs side udarbejdet et referenceprogram som er frit tilgængeligt og som kan lægges som pdf på den praktiserende læges skrivebord (på PCen) – (det er fra 2010 men er ved at blive revideret) – det foreslås at dette nævnes her

Side 51: Der er ikke evidens for SNRI ikke korrekt – der er evidens for mirtazapin og venlafaxin

Side 54: lisinopril er ikke en AT-II antagonist men ACE-hæmmer

Sundhedsstyrelsen, Evidens, Uddannelse og Beredskab
eub@sst.dk

København den 25. april 2019

Høringssvar fra DASYS vedr. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hovedpinesygdomme.

Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) har modtaget forespørgsel på overstående, og vi takker for muligheden for at afgive høringssvar. Vi har sendt høringsanmodningen til vores medlemmer og har modtaget svar fra medlemmer af FS for Neurosygeplejersker.

De har følgende kommentarer til anbefalingerne:

Kommentarer/rettelser:

S. 18, Tabel 1

Hyppig episodisk hovedpine af spændingstype:

1-15 dage skal rettes til 1-14 dage

Kronisk hovedpine af spændingstype:

Hovedpinen forekommer mindst 15 dage pr. måned og ikke mere end 15 dage

S. 21, Tabel 3

Kronisk klyngehovedpine

I den nye klassifikation står der, at der kan være anfaldsfrie perioder varende 3 måneder pr. år.

S. 22, Tabel 4

Medicinoverforbrugshovedpine

a. Mindst 10 dage pr. måned

Punkt c) udgår jf. den nye klassifikation (ICHD-3)

S. 32, midt på siden fra "Det anbefales at egen læge....".

Afvænnning ændres til "medicinsanering af anfaldsmedicin og anden smertestillende medicin"

Generelt bør medicinafvænnning i hele dokumentet ændres til medicinsanering – det bruges i flæng.

S. 50, 6.7.1 Spændingshovedpine

Kronisk spændingshovedpine er ikke >15 dage men mindst 15

S. 51, 6.7.2 Migræne

Kronisk migræne er mindst 15 dage om måneden og ikke "mere end..".

S. 54 1. valgs behandling

Lisinopril er en ACE-hæmmer

S. 55, 6.7.4 Medicinoverforbrugshovedpine
Medicinafvænnning 4 steder ændres til medicinsanering

S. 84, Tabel 1
Som tabel 1 side 18

S. 86, Tabel 4
Som tabel 4, side 22

Skulle høringssvaret give anledning til spørgsmål står DASYS naturligvis til rådighed for yderligere uddybning af ovenstående synspunkter.

Med venlig hilsen
For Dansk Sygepleje Selskab, DASYS



Pernille Olsbro
Bestyrelsesmedlem

Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hovedpinesygdomme

Høringssvar af Komiteen for Sundhedsoplysning.

Kommentarerne vedrører afsnittet "Generel patientuddannelse" s. 43 samt boks 3 s. 44. Teksten er uddrag fra retningslinjerne. Komiteens kommentarer ses til højre.

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 SelfManagement Programme og Chronic disease self-management program som er udviklet på Stanford University⁹. 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 selv vurderet 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.

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

Sundhedsstyrelsen
Evidens, Uddannelse og Beredskab

25. april 2019

DSAM's høringssvar vedr. udkast til "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hovedpinesygdomme"

DSAM takker for muligheden for at kommentere på høringsversionen af "Anbefalinger om tværsektorielle forløb for mennesker med hovedpinesygdomme".

Vi velkommer, at praktiserende læger får inspiration til at håndtere og behandle hovedpinepatienter i almen praksis bedre og får flere muligheder for rådgivning og henvisning til tilbud, som eksisterer og fungerer.

Vi velkommer også, at der kommer fokus på medicinudløst hovedpine og på den praktiserende læges rolle som ordinationsansvarlig for nogle af de lægemidler, der kan være tale om. Regelmæssig opfølgning på patienter, der får lægemidler fast, har vi allerede fokus på, ligesom vi har fokus på uhensigtsmæssig polyfarmaci og rationel seponering i almen praksis.

Vi har valgt at fokusere på områder og forudsætninger i publikationen, der giver anledning til flere spørgsmål end svar. Vores høringssvar berører tre hovedpointer:

- Stor usikkerhed om prævalens af egentlige hovedpinesygdomme og afgrænsningen af hovedpine som symptom.
- Manglende evidens for, om patienterne vil have gavn af indførelse af både forløbsprogrammer og større udbredelse i almen praksis af redskaber, som er udviklet i specialistregi og hovedpinecentre.
- Stor bekymring for den arbejdsbyrde, der kan ramme almen praksis, hvis det store antal mennesker, der anfører hyppig hovedpine i surveys, skal diagnosticeres med hovedpinelidelse, følges op og RKKP-registreres i det primære sundhedsvæsen.

Stockholmsgade 55, st.
2100 København Ø

T: 7070 7431
dsam@dsam.dk
www.dsam.dk

Prævalensovervejelser

Med de foreliggende anbefalinger hersker der uklarhed om forventningerne til almen praksis i forhold til patienter med hovedpinelidelser. Forekomsten synes uklar, da patienter med konkrete hovedpinelidelser ikke klart afgrænses fra personer, der blot oplever at have symptomet hovedpine med en vis hyppighed.

Prævalensen af funktionsbegrænsende hovedpine skønnes ud fra sygdomsbyrdebe-
regninger baseret på sundhedsprofiler om selvoplyste symptomer på hovedpine. På
den måde når man bl.a. frem til, at 640.000 mennesker har migræne, og at "personer
med migræne årligt har 1,7 mio. flere besøg hos alment praktiserende læger end
personer uden migræne. Det anføres at svare til 5 % af alle besøg hos alment prakti-
serende læger"¹, men da antallet af konsultationer ved fremmøde i almen praksis har
ligget stabilt på ca. 20 mio. om året i mange år, er det måske snarere 8,5 %. I anbefa-
lingerne anføres, at i alt 770.000 skulle kandidere til at have hovedpinelidelser.

Der er nogle åbenlyse kortslutninger eller misforståelser i denne type argumentation,
som desværre bæres over i de aktuelle anbefalinger. At personer, der anfører mi-
grænesymptomer i en survey, oftere går til læge end dem, der ikke anfører sådanne
symptomer, er ikke overraskende. Det betyder ikke, at 5 - 8,5 % af besøg i almen
praksis handler om hovedpine eller migræne, blot at de pågældende er hyppigere
brugere af almen praksis end andre patienter. Vi ved ikke, hvor mange af konsultati-
onerne i almen praksis der har migræne som henvendelsesårsag. Skøn fra vores dag-
ligdag i almen praksis siger, at tallet er meget lavere end 5 - 8,5 %.

Set i sammenhæng med at der i anbefalingerne tales om, at "Tidlig og sikker diagno-
stik kræver, at der benyttes standardiserede diagnostiske værktøjer, som kan anven-
des af alle læger", er der en åbenlys fare for, at langt flere vil blive patientgjort og
rubriceret som havende en hovedpinelidelse i stedet for blot at lide at symptomet
hovedpine. Alt i alt er der tale om et potentielt meget stort antal patienter i almen
praksis, hvis alle de 770.000 borgere, der ifølge vejledningen hyppigt oplever hoved-
pine, opfordres til at blive undersøgt som patienter.

Evidens

Den tilsendte høringsversion indeholder anbefalinger for mennesker med hovedpine,
som overordnet set må siges at være nye opgaver i form af anvendelse af standardi-
serede værktøjer til brug ved udredning, diagnostik, monitorering, behandling, pati-
entuddannelse, forebyggelse, dataregistrering og i sjældnere tilfælde henvisning. Der
er ikke argumenteret med evidens for disse anbefalinger, og vi ved fra andre sam-
menhænge, at forløbsprogrammer for patienter med kroniske lidelser i almen praksis

¹ Sygdomsbyrden i Danmark 2015, SST. https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/~/_link.aspx?id=FA48E59289654F4B8C7A08E92CDD4777&z=z

ikke kan vises at føre til mindre sygelighed, færre indlæggelser eller bedre overlevelse.

Hovedpine er i almen praksis ofte blot et symptom blandt flere hos patienterne, og anvendelse af kalendere og dagbøger er forbundet med rigtig meget motivationsarbejde og sikring af compliance, før det giver mening. Det er langt fra alle patienter, det vil blive aktuelt eller relevant for at udfylde/indrapportere på denne måde. Hos mange patienter vil hovedpinen, hvis der foretages ICPC-kodning ud over det lovpligtige, alene blive kodet som et symptom og ikke en diagnose.

Vi har brug for, at evidensen for en forventet effekt i tiltænkte standardiserede tiltag fremføres. Vi har ligeledes brug for, at arbejdsbyrden svarende til denne vejledning beskrives. For hovedpinelidelser gælder – ligesom for mange andre symptomidelser og risikotilstande – at de kan omfatte store befolkningsgrupper. Det betyder, at nye opgaver, som fremkommer ved ændringer i anbefalinger som denne, hvis den implementeres, vil få store konsekvenser for ressourceforbruget i det i forvejen presede primære sundhedsvæsen.

Arbejdsbyrden

Arbejds mængden ved implementering af sådanne anbefalinger til hele puljen af mennesker med hyppig hovedpine vil medføre et overordentligt stort og ganske disproportionalt træk på ressourcerne i almen praksis.

Hvis man dertil skal lægge det arbejde, der rubriceres som forebyggelse af hovedpinediagnoser, og som skal foregå i et tæt samarbejde mellem kommune og almen praksis, så er det meget tid, der skal sættes af i almen praksis til gruppen af borgere med hovedpine som symptom, hvis anbefalingerne skal udmøntes blot delvist.

Vi kender som sagt ikke det samlede antal henvendelser i almen praksis, hvor hovedårsagen er hovedpine eller migrænesymptomer. I 2010 var der ifølge SST's sygdomsbyrdeundersøgelse 641.000 med migræne, som potentielt kunne udredes herfor. Dertil skal åbenbart lægges mindst 100.000 med ikke-migræne-hovedpine. Inden denne nye opgave, som kan være af et enormt omfang, sættes i værk, må det som minimum være et vigtigt spørgsmål først at få belyst, om mere systematik, registrering, dagbøger og kalendere i sidste ende øger kvaliteten i omsorg og behandling.

Hvis man ønsker at lave en kobling mellem sundhedsprofiler, hvor man spørger til almindelige symptomer i surveys og så til, at mange flere burde have en specifik "hovedpinesygdom" som diagnose, for at kunne få "høj og ensartet kvalitet", så bør man kunne gøre rede for, at der er effektive interventioner til rådighed i sundhedsvæsenet for de diagnosticerede, og man bør kunne give et fornuftigt skøn over indsatsens omfang i forhold til udbyttet.

Udredning af 770.000 danskere med hyppig hovedpine (inklusive migræne) vil kræve $4 \times 770.000 = 3.080.000$ konsultationer. Disse konsultationer vil blive brugt til brug

for anamnese og brug af standardiserede diagnoseværktøjer, udlevering af dagbøger, indlevering og aflæsning af dagbøger samt til blodprøver og anden paraklinik. I 2017 var der 5.900 konsultationskontakter per læge inklusive personalets kontakter 3.080.000 konsultationer svarer derfor til 522 fulde lægeårsværk blot til udredning og diagnose.²

Hvis blot halvdelen af de 770.000 patienter skal følges blandt andet med en tilhørende indberetning af årlige data til en kvalitetsdatabase, så vil der, lavt sat, gå 1,5 konsultation om året til dette, altså sammenlagt $0,5 \times 770.000 \times 1,5 = 577.500$ årlige konsultationer. Det svarer til ca. 98 lægeårsværk til kontroller og dataindberetning.

Hvis man ønsker at prioritere almen praksis' ressourcer højere i forhold til hovedpineområdet, så er der andre opgaver, der må prioriteres lavere. Arbejdsmængden ved implementering af sådanne anbefalinger til hele puljen af mennesker med hyppig hovedpine vil medføre et overordentligt stort og tilsyneladende dys-proportionelt træk på ressourcerne i almen praksis.

Kort sagt: DSAM vil gerne vide, hvad disse anbefalinger koster, hvis de føres ud i livet. Og hvis anbefalingerne føres ud i livet, skal kapaciteten dimensioneres tilsvarende. Samtidig ønsker DSAM, at der stilles skarpt på det sundhedsmæssige udbytte, der kan forventes for patienter med hovedpinelidelser, hvis de anbefalede indsatser føres ud i livet. Vil indsatserne rent faktisk føre til mindre sygelighed, eller vil de blot føre til flere hovedpinediagnoser og flere besøg hos lægen.

Står udbytte ikke mål med indsatsen, må indsatsen udgå. Det er bydende nødvendigt at prioritere, når der over hele landet ses mangel på praktiserende læger.

Specifikke kommentarer til anbefalingerne

(de nævnte sidetal relaterer til "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hovedpinesygdomme – HØRINGSVERSION"³)

– At der hos personer med kroniske hovedpinesygdomme i højere grad samarbejdes mellem almen praksis og kommunerne om forebyggende indsatser (side 9).

Kommentar: Det er ikke klart, hvilke forebyggende indsatser der tænkes på for patienter med kronisk hovedpine.

SST anbefaler

– At der henvises til kommunale forebyggelsestilbud, når den praktiserende læge vurderer, ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold, kan have gavn af forebyggelsestilbud (side 59).

Kommentar: Det er ikke klart, hvilke forebyggelsestilbud der tænkes på. Der findes ikke mange specifikke kommunale tilbud til borgere med hovedpine.

² kilde: Danmarks Statistik og Lægeforeningens medlemsregister

³ <https://prodstoragehoeringspo.blob.core.windows.net/6adf1152-cd02-4647-bb84-94f9a8ae7d35/Anbefalinger%20for%20tværsektorielle%20forløb%20for%20mennesker%20med%20hovedpinesygdomme%20høringsversion.pdf>

– At der overvejes henvisning til fysioterapeut eller kiropraktor, hvis der vurderes at være muskuloskeletale forhold, der kan have indflydelse på hovedpinesygdommen (side 59).

Kommentar: Almen praksis henviser ikke til kiropraktor – og måske snart heller ikke til fysioterapeut.

– At der overvejes henvisning til privatpraktiserende psykolog med udgangspunkt i tilskudsordningen til psykologbehandling, hvis patienten har samtidig depression eller angst (side 59).

Kommentar: Det er uklart, hvilken rolle hovedpinen skal spille i denne henvisningspraktik. Hvis kriterierne er opfyldt, kan patienten tilbydes henvisning, og hvis hovedpine skal spille en rolle i forhold til henvisning til psykolog, må symptomet/specifikke lidelser indføres i henvisningskriterierne.

– 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 sygdomsstrategi og andre kommunale tilbud (side 11).

Kommentar: Igen skal man være meget bevidst om det ”disease mongering”-potentiale, der er her – over for en stor gruppe mennesker, som i forvejen ser ud til at være hyppige brugere af almen praksis. Der kan være meget ekstra arbejde forude til almen praksis. Arbejde med undersøgelse, diagnostik, klassifikation, registrering og opfølgning, som ikke kan dokumenteres at påvirke hverken morbiditet eller mortalitet i gunstig retning. Resultatet kan være, at en stor gruppe borgere fratages deres egne mestringsstrategier ved at blive gjort til patienter.

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. Analysen viste, at kun ca. 0,5 % af voksne borgerne blev henvist til kommunale tilbud, hvilket vurderes at være lavt, i betragtning af at hver femte voksne dansker har en kronisk sygdom. 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 (side 30).

En øget informationsindsats til de praktiserende læger om kommunale tilbud vil medføre, at flere patienter vil blive henvist, og det anbefales derfor, at 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 (side 30).

Kommentar: Det er ikke umiddelbart forståeligt, hvilken berettigelse denne tilbagevendende kritik af almen praksis har med hovedpine og hovedpinesygdomme at gøre, så længe stort set ingen kommuner har tilbud til disse patientgrupper.

– 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 (side 66).

Kommentar: Hvis der er problemer med almen praksis' indsats, så bedes det dokumenteret, før udsagnet er meningsfuldt.

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. De enkelte regioner stiller en række lokale tilbud til rådighed for klyngerne, herunder fx forslag til emner som klyngen kan arbejde med som kvalitetsudviklingsprojekt (side 66).

Kommentar: Det er suverænt den enkelte klynge, der bestemmer, hvilke områder de finder det vigtigst at fokusere på i klyngen

Med venlig hilsen



Anders Beich
formand, Dansk Selskab for Almen Medicin