

Nr. 4 • november 2014

# MigræneNyt

**Hvad er smerter?**

**Glostrup og Århus – gode tilbud**

**Hvem kender en migræniker?**

**MIGRÆNIKERFORBUNDET**  
så får du ærlig information



# Leder

## Smerter

Vi kender smerter – som migræne/hovedpine, når vi slår os, og når noget ikke fungerer et sted i kroppen. Det gør ondt. Smerterne fortæller os, at der er noget galt. De er en vigtig del af vores tilværelse og grusomt ubehagelige, men vi kan ikke undvære dem. For så kommer vi galt af sted og får ikke stoppet blødninger, eller passer ikke på og får unødige knubs.

Smerter er et godt forskningsemne. Der er penge i at kunne dæmpe smerter. Derfor er det overraskende, at der ikke kommer en lind strøm af nye (og bedre) smertestillende midler. Vi tager de samme aspiriner, som var på markedet for over 100 år siden – blot i en lidt bedre indpakning. Paracetamol har været markedsført siden 1950, og ibuprofen kom på markedet i 1966. Derefter er der ikke markedsført nye storsælgende smertestillende mediciner, men vi har fået en del morfinlignende stoffer foruden en stribe stærkere NSAID (gigtmidler), hvoraf flere senere er trukket ud af markedet på grund af bivirkninger.

Noget, der også er overraskende er, at smerter, en så gevaldig almindelig plage, giver anledning til en af den medicinske historiske måske største kontroverser. Er smerter noget, som kan forklares ud fra fysiske og kemiske reaktioner i kroppen og vores nervesystem, eller er det ren fantasi?

Hvis vi antager, at (nogle) smerter er ren fantasi, kan de behandles med psykofarmaka. Dette marked er lukrativt, og producenterne af psykofarmaka er på stadig udkik efter nye sygdomme, som kan behandles med deres medicin. Det er forståeligt, at der er læger, som ser muligheder i dette marked.

Hvis vi mener, at smerter skyldes 'forkerte' funktioner i vores krop, f.eks. at nervernes sender for stærke smerteimpulser til hjernen, kan der formentlig findes medicin, som kan hjælpe. Men her falder kæden af – for der kommer jo ikke rigtigt nogen nye super-sælgende smertestillende mediciner. Ligesom der ikke kommer ny migrænemedicin, selvom der må være snesevis af muligheder for nye angrebsvinkler.

Vi, brugerne af medicinen, kan kun undre os. Det er vanskeligt at tro, at en industri, som spenderer 65 milliarder \$US om året på forskning og udvikling, ikke kan afse en smule til smerteforskning (incl. migrænemedicin) så vi kan få ny og især bedre smertelindring. Og samtidig måske få afgjort diskussionen om, hvorvidt smerter er fysiske og/eller psykiske.

Anne Bülow-Olsen

*Foto på forsiden: Anne Bülow-Olsen*

*Rosers torne kan være skarpe, og det gør ondt at blive spiddet på dem. Det er en fysisk smerte med tydelig og synlig årsag.*

*Mange andre smerter har en knapt så synlig årsag. En stor del af dette blad handler om smerter – hvad der sker, når vi stikker os på en rosen-torn, og når vi har migræne.*

Migræneikerforbundet  
Postboks 115  
2610 Rødovre  
Telefon 7022 0131  
info@migraeniker.dk  
www.migraeniker.dk



MigræneNyt sendes til forbundets medlemmer 4 gange om året. Bladet kan købes i løssalg ved henvendelse til Migræneikerforbundet.

Personligt medlemskab, biblioteker og institutioner: 225 kr.  
Unge under 25 år og pensionister: 110 kr.  
Familiemedlemskab (alle på adressen): 330 kr.  
Kontingentet dækker kalenderåret.

Login for medlemmer til hjemmesiden: Hvis du har betalt via nettet, har du fået et personligt password. Betaler du med girokortet, kan du logge ind med **migrænenyt** som brugernavn og **2014** som password.

Tilmelding til Migræneikerforbundets mail-service med aktuelle nyheder på hjemmesiden.

Redaktørens e-mail:  
migraenenytt@migraeniker.dk

Girokonto: 440-7652  
ISBN 0901-358X

Migræneikerforbundets bestyrelse:  
Anne Bülow-Olsen, formand  
Lene Boas, sekretær  
Keld Köcher, kasserer  
Dorrit Bjerregaard, bestyrelsesmedlem  
Marianne Niebuhr, bestyrelsesmedlem  
Knud Østberg, bestyrelsesmedlem  
Mette Storel, bestyrelsesmedlem

Ambassadører: se under "om os" på hjemmesiden

Oplag: 500 stk.

Lay-out: Tilde Ellehammer  
Tryk: DegenGrafisk A/S

## LEDER

- 2 Smerter

## BEHANDLING

- 4 Smerteklinik og forskningsklinik fusionerer  
4 Dansk HovedpineCenter – henviser de?  
5 Smerter er ikke psykiske  
6 Hvad er smerter?  
7 Ni minutters konsultation mod medicininduceret hovedpine  
7 Afgiftning – hjemme eller indlagt?

## MEDICIN

- 8 Opioider arbejder på højtryk ved migræne  
8 Lille virkning af håndkøbsmedicin på spændingshovedpine  
9 Tager du flere forskellige typer medicin?  
10 Halvdelen opgiver triptanerne  
10 Svenskernes forbrug af triptaner

## VIDEN

- 11 Migræne og Parkinsons syge  
11 Lavt blodtryk og migræne  
12 Vedvarende aura – stadig en gåde  
12 Kemien bag migænikernes 'huller' i hjernen  
13 Svimmelhed – problem for nogle migrænikere  
13 Pludselig hovedpine hos personer over 50 kan være 'temporal arteritis'  
14 Hjernen lærer af tidligere migræneanfald  
14 Bipolær lidelse og migræne  
15 Migrænikeres tømmermænd er værre

## KVINDER

- 15 Progestin-p-piller reducerer migræne ved endometriose

## SOCIAL

- 16 Kastebold mellem sagsbehandlere ved fleksjob og pension  
17 Om kronikertilskud

## NYHEDER

- 18 Godbidder fra migrænekongressen  
20 Vi har spurgt de danske migrænikere...

## ANDET

Julegaver til migrænikere

## BAGSIDEN

Hvem frygter ikke frygten?

## ÆRLIG INFORMATION

MigræneNyt er Migrænikerforbundets medlemsblad. Her får du blandt andet de aller nyeste resualter fra dansk og international forskning på migræne-området, grundig viden om medicin og sociale forhold, og du kan læse om erfaringer fra mennesker, der selv lider af migræne.

# Smerteklinik og forskningsklinik fusionerer

behandling

**Forsningsklinikken for Funktionelle Lidelser (FFL) er fusioneret med Smerteklinikken (Neurologisk afdeling) i Århus fra 1. oktober 2014.**

**Migrænerforbundet har spurgt Overlæge Helge Kasch, leder af Hovedpineklinikken i Århus (som er en del af Smerteklinikken), om det får betydning for behandlingen af migrænere på Hovedpineklinikken.**

Helge Kasch svarede således:

Kære Anne Bülow-Olsen.

Patienter med primære hovedpiner (overvejende svær migræne, Hortons hovedpine og varianter af denne, kompliceret spændingshovedpine, samt sjældne primære hovedpiner) vil fortsat blive visiteret direkte til Hovedpineklinikken. Dette gælder også for visse sekundære hovedpiner, f.eks. lavtryks- og højtrykshovedpine. Er der tale om medicinoverforbrugs hovedpine (bortset fra hvis patienten er i morfin behandling) samt kronisk migræne, er det derfor også fortsat Hovedpineklinikken opgave at behandle disse patienter. Første kontakt vil være enten en neurologisk speciallæge eller en læge, som er under uddannelse på neurologisk afdeling (typisk en introduktions-reservelæge i neurologi eller en kursus-reservelæge i neurologi, psykiatri eller sjældnere neurokirurgi).

Patienter som kommer i Hovedpineklinikken har typisk haft hovedpine i 3-20+ år, og har ofte prøvet talrige medicinske og ikke-medicinske behandlinger. Hovedpinen vil have



smertetilstande eller anden sygdom, vil det selvfølgelig blive taget i betragtning i forhold til behandlingsplanen. Så mange af vore patienter er at betragte som kroniske smertepatienter og deres livskvalitet er væsentligt nedsat på grund af de bio-psykosociale elementer i hovedpinen.

Som andre smertepatienter har migræne- og andre hovedpinepatienter (som kommer i en tertiær hovedpine-klinik) en øget forekomst af psykiske

første fokus i behandlingen, men når/hvis der er komplicerede faktorer, f.eks. forskellige typer af hovedpine samt andre

problemer (ca. 3-5 gange højere Odds Ratio), herunder helbredsangst, depressioner og også øget forekomst af såkaldte somatoforme klager, og der kan derfor (forhåbentlig) være yderligere behandlingstilbud med den kommende klinik. Som det er nu, bliver omkring 3-8 af Hovedpineklinikens patienter om måneden henvist til FFL. Det svarer til, at ca. hver 15.-20. patient i vores klinik anses for at kunne have gavn af FFL's tilbud; mange af disse afvises dog af FFL i dag på grund af kapacitetsproblemer. Ca. hver 7.-10. patient i Hovedpineklinikken vurderes og behandles i dag af en smertepsykolog, som vi fortsat deler med Smerteklinikken.

Behandlingstilbuddet fra FFL er hidtil meget begrænset og afspejler slet ikke behovet, og forhåbentlig udvides dette med den ny Smerte- og Hovedpineklinik.

Hvis en patient afviser en foreslået behandlingsplan, medicinsk eller ikke-medicinsk, er det jo et valg, der skal respekteres. Hovedpineklinikken har kun kapacitet til at fastholde en meget lille gruppe til fortsat kontrol, og derfor vil vi ofte efter 1-3 lægelige konsultationer afslutte patienten til videre behandling hos egen læge.

Med hensyn til uddannelse har du jo ret i, at klinikken ville være bedre tjent med, at der var flere hovedpine-specialister; indtil videre må vi glæde os over, at der i hvert fald bliver bedre støtte af øvrigt personale omkring hovedpinebehandlingen i Vest-Danmark med ovennævnte fusion.

Mvh  
Helge Kasch

"Mange af vore patienter er at betragte som kroniske smertepatienter, og deres livskvalitet er væsentligt nedsat på grund af de bio-psykosociale elementer i hovedpinen.

Som det er nu, bliver omkring 3-8 af Hovedpineklinikken patienter om måneden henvist til FFL".

## Dansk HovedpineCenter – henviser de?

Migrænerforbundet har spurgt professor Rigmor Jensen, om Dansk HovedpineCenter (DHC) henviser migrænere til smerteklinikker og/eller psykiatrisk behandling.

Rigmor Jensen svarede:

"På DHC henviser vi normalt ikke migrænepatienter til smerteklinikker, og tværtimod har vi indgået den aftale

med de lokale smerteklinikker, at de henviser alle deres patienter med hovedpine eller ansigtssmerter til DHC i stedet. Vi er neurologer, og har ekspertise i hovedpine-lidelser og ansigtssmerter, mens lægerne på smerteklinikkerne oftest er narkoselæger, og har ekspertise i de andre smertetilstande i kroppen. Vi har dog et tæt samarbejde med smerteklinikkerne i andre sammenhænge, og i relation til den tværfaglige behandling, hvor mange af de samme principper som psykologer og fysioterapeuter anvender, er sammenfaldende".

# Smertes er ikke psykiske

behandling

**Migrænerforbundet kom i kontakt med en af verdens førende smerteforskere, professor John N. Wood, på migrænekongressen i september. Vi bad om en udtalelse om hensigtsmæssigheden af at behandle kronisk migræne som en psykisk lidelse. Professor Wood svarede (i oversættelse fra engelsk):**

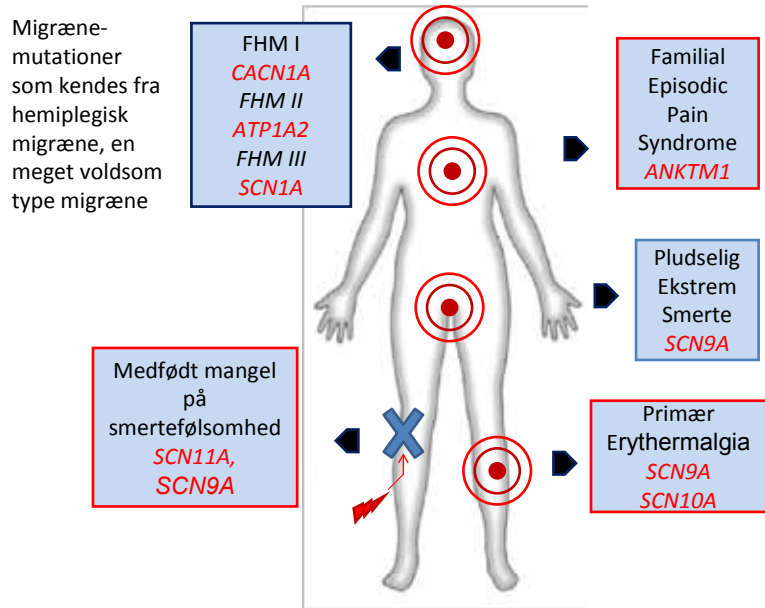


Visse læger har i nogen tid afsporet diskussionen om, hvorfor smerte opstår. F. eks. mener disse læger, at smerter pga.

fibromyalgi kun findes i patienternes fantasi, uanset at det nu synes bevist, at smerterne skyldes aktivitet i de yderste nerve-ender. Tilsvarende er psykiatrisk behandling af smerte og migræne efter min mening uhensigtsmæssig og uacceptabel, fordi vi bl.a. kender mekanismen bag migræne bedre og bedre, og vi har medicin, der virker i behandlingen af migræne. Medens mekanismerne bag depression og "affective disorders" (psykisk sygdom) stadig er mystiske, tvivler jeg på at psykiatrisk behandling af disse lidelser har større virkning end behandling af en præst, en heksedoktor eller en sympatisk ven. Det er klart en misklassifikation at behandle migræne som en "affective disorder" (psykisk sygdom), og det kan føre til mange unødige fysiske lidelser.

Professor Wood vedlagde denne figur, hvor det er angivet, hvilke smerter, der skyldes mutationer af et enkelt gen. Der er tre forskellige typer familiær hemiplegisk migræne (FHM i figuren), hver med sin specifikke mutation. Disse tre mutationer påvirker langt flere funktioner i kroppen end lige netop migræne, så medicin, som modvirker virkningen af mutationen, vil få mange og

## Arvelige smertesygdomme, som skyldes en enkelt mutation hos mennesket



I figuren er med rød skrift angivet de mutationer, som er årsag til de 'uforklarlige' smerter.

Tre arvelige migrænetyper (FHM I, FHM II og FHM III) skyldes mutationer i ion kanaler eller ion pumper, som er en del af et bredt spektrum af nervernes aktiviteter. De er derfor ikke egnede som mål for behandlingen af migræne. Men de viser, at nervernes aktivitet er den vigtigste årsag til disse typer migræne.

I andre smerte-syndromer er årsagen til smerterne at finde i mutationer i TRP kanaler (Familiær episodisk smerte) eller natrium kanaler (primær erythermalgia, også kendt som rød neuralgi, dvs. smertefulde røde pletter i huden), pludselig ekstrem smerte og medfødt mangel på smerteoplevelse, dvs. disse lidelser kan behandles med medicin. Der er allerede nu ny medicin mod disse lidelser i fase 2 afprøvninger (dvs. de første afprøvninger på mennesker).

alvorlige bivirkninger. De øvrige kroniske smerter, som er angivet på figuren, kan formentlig i fremtiden behandles med medicin, som præcis 'retter' på effekten af den mutation, som giver smerterne (eller helt udelukker at man kan føle smerte).

Professor John N. Wood  
Molecular Nociception Group  
University College London.

## Vidste du at...

### Viden er vejen til et bedre liv?

Vi, patienterne, har vidst det længe. Nu er det dokumenteret af forskningen, at kurser i hvad migræne er,

brugen af migræne medicin og hvordan man kan undgå triggere, kan reducere antal migrænedage.

P. Kindelan-Calvo, A. Gil-Martínez, A. Paris-Alemán, J. Pardo-Montero, D. Muñoz-García, S. Angulo-Díaz-Parreño og R. La

Touche, 2014. Effectiveness of Therapeutic Patient Education for Adults with Migraine. A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Pain Medicine 5, 1619-36.

# Hvad er smerter?

Vi har alle lært, at vi kan mærke smerte, når vi slår os. Og at andre nerver fra huden fortæller os om varme, kulde eller berøring. Men oplevelsen af smerter er langt mere kompliceret.

Af: John Wood

## behandling

Figuren her viser en nervetråd. Denne nervetråd er en sammenstilling af alle de nervetråde, som vi har i kroppen. I virkeligheden kan nervetrådene have en eller flere 'følere', som modtager impulser fra beskadigelser (TRPS, GPCR, ASIC osv til venstre i figuren), som danner elektriske impulser. Dvs. der er nogle nervetråde, som sender besked, som får os til at føle smerte, men de sender ikke besked om, at noget er varmt. Dvs. der er specifikke nerve-ender i huden, i en muskel eller i indvoldene, som reagerer på vævsbeskadigelser, og kan få os til at føle smerte.

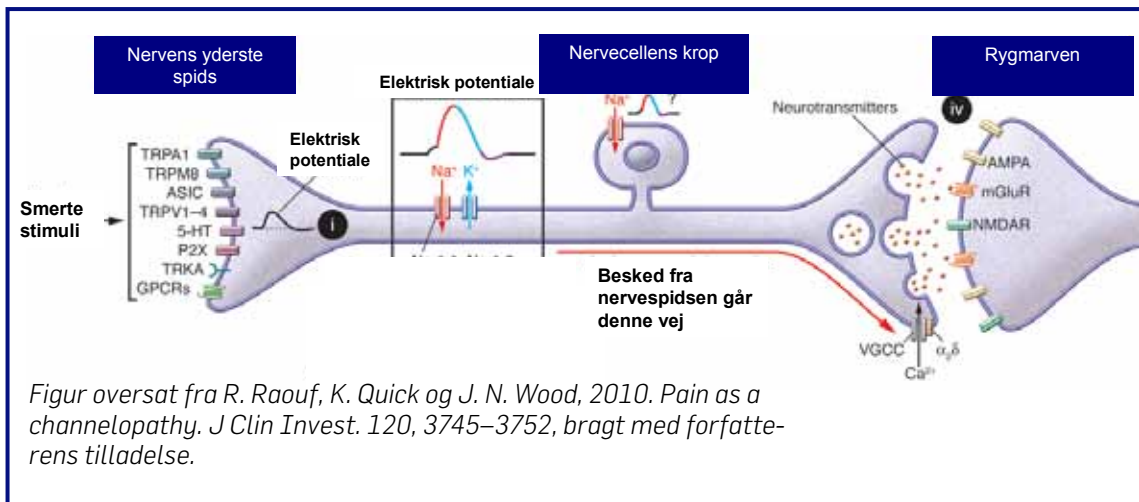
Helt specielt er opfattelsen af migræne/hovedpine. Vi kender ikke den eksakte mekanisme, men medicin (triptaner)

som aktiverer kroppens egne smertedæmpende nerver ved hjælp af stoffet 5HT eller serotonin, kan være meget effektive mod migrænenes smerter. Nogle stærkt arvelige former for migræne skyldes molekyler, som danner en Na<sup>+</sup>-kanal i nervetråden. Migrænesmerter synes dermed helt forskellige fra de smerte-mekanismer, som beskytter os mod at komme til skade – migræne er en helt speciel nerveaktivitet, som ikke har noget at gøre med at undgå beskadigelser.

Nogle af os oplever smerterne stærkere (eller slet ikke), sammenlignet med almindelige raske mennesker. Det kan skyldes mutationer, som kan ændre, hvor effektivt impulsen sendes fra nervens yderste spids til rygmargen og derefter til hjernen.

Når nervetrådens yderste ende har modtaget et signal

om beskadigelse, begynder en proces, hvor Na<sup>+</sup> og K<sup>+</sup> diffunderer ind og ud af nervetråden. Nervetrådens ydre membran har en masse porer, som aktivt kan tillade Na<sup>+</sup> og K<sup>+</sup> at gå ind og ud af nervecellen, alt afhængigt af koncentrations-forskelle og pumpe-mekanismer. Det ændrer det elektriske potentiale i væsken inde i tråden og udenfor og aktiverer de næste porer, lidt længere henne ad tråden. Impulsen, også kaldet det elektriske potentiale, løber derved hen ad nervetråden, og når den møder det sted, hvor nervetråden skal kommunikere med den næste nervetråd (f.eks. i rygmarven eller hjer-



Figur oversat fra R. Raouf, K. Quick og J. N. Wood, 2010. Pain as a channelopathy. J Clin Invest. 120, 3745–3752, bragt med forfatterens tilladelse.

nen, højre side af figuren) kommunikerer den med den næste nerve i en synapse ved at frigive neurotransmittere. Det er især glutamat og nogle peptider, f.eks. substans P i smertenerverne.

Ud over disse mange faktorer i smertesignalernes vej fra nerveende til hjernen, kan en række mutationer (se side 5) ændre nervetrådenes evne til at få Na<sup>+</sup> og K<sup>+</sup> (eller Ca<sup>++</sup>) til at bevæge sig ind og ud af nervetråden. Hvis nervetråden sender for mange ioner enten ind eller ud, går der et forkert signal til den næste nervecelle, og vi får 'uforklarlige' smerter, som f.eks. hemiplegisk migræne og formentlig også allodynia (øget smerteoplevelse ved berøring).

Oversat fra engelsk af Anne Bülow-Olsen.

## Vidste du at...

medicininduceret hovedpine ændrer CGRP-mængden i blodet?

Blodpladernes lagre af endocannabinoider (f.eks. endorfiner, kroppens eget smertemiddel) biver desuden mindre end hos raske mennesker. Mængden af

serotonin i blodet mindskes også, og man bliver træt.

Kun personer som er disponerede for migræne eller hyppig hovedpine udvikler medicininduceret hovedpine. Hvis man dropper medicinen helt, kommer der stærk hovedpine i ca. 4 dage (for triptaner), ca. 7 dage (for ergotamin)

og ca. 10 dage for smertestillende medicin (håndkøbs).

E. Saxhaug Kristoffersen og C. Lundqvist, 2014. Medication-overuse headache: epidemiology, diagnosis and treatment. Therapeutic Advances in Drug Safety 5, 87–99.

# Ni minutters konsultation mod medicininduceret hovedpine

behandling

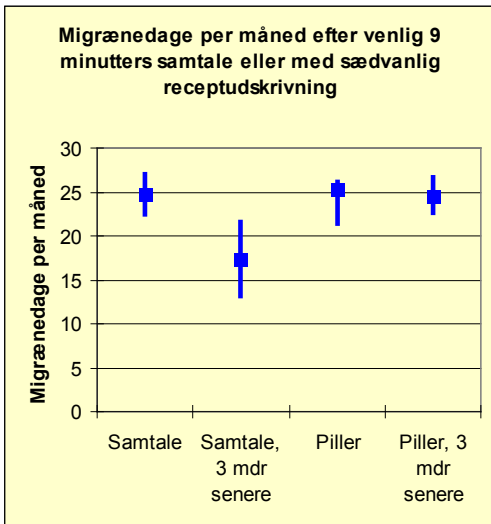
Det allervigtigste skridt mod at komme ud af medicininduceret hovedpine er, at patienten selv forstår vigtigheden af at reducere medicinforbruget. En venlig og forklarende samtale med lægen på i gennemsnit 9 minutter gjorde det muligt for 24 norske migrænikere at reducere deres medicindage fra 25 dage om måneden til 17 dage om måneden. En gruppe på 36 mi-

grænikere med medicininduceret hovedpine fik deres medicin som sædvanligt og fungerede som kontrolgruppe.

Hver tredje af dem, der havde været til samtalen, gik fra at have migræne næsten hver dag, til at have mindre end 15 migrænedage om måneden. 6 ud af 10 fik reduceret antal migrænedage med 25% eller mere. 6% af deltagerne, som fik medicinen som sædvanligt, opnåede samme ændring.

Mere end halvdelen af deltagerne i de to grupper brugte hovedsageligt smertestillende medicin.

*E. Saxhaug Kristoffersen, J. Straand, K. Grotta Vetvik, J. Šaltyte Benth, M. B. Russell og C. Lundqvist, 2014. Brief intervention for medication-overuse headache in primary care. The BIMOH study: a double-blind pragmatic cluster randomised parallel controlled trial. J Neurol Neurosurg Psychiatry doi:10.1136/jnnp-2014-308548*



## Redaktørens kommentar

Det synes at være motivationen til at ændre forbruget af medicin, der driver værket. En venlig samtale kan således have lige så stor effekt som 14 dage på hospitalet.

# Afgiftning – hjemme eller indlagt?

behandling

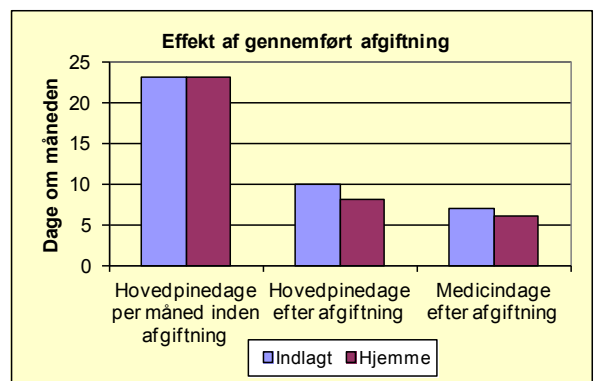
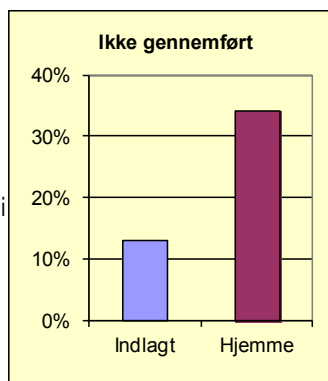
**Forskellen på effekten af afgiftning som indlagt eller hjemme er minimal. Og 'holdbarheden' af afgiftningen er ens de første 6 måneder for dem, der gennemfører afgiftningen. For begge grupper faldt antal dage med hovedpine/migræne fra ca. 23 dage om måneden i gennemsnit til ca. 10 dage om måneden.**

de ca. 25% af deltagerne gjorde på deres op til 5 ubehandlede migrænedage, når de tog medicin mindre end 10 dage om måneden, og havde hovedpine mindre end 15 dage om måneden.

*C. Tassorelli, R. Jensen, M. Allena, R. De Icco, G. Sances, Z. Katsarava, M. Lainez, J. Leston, R. Fadic, S. Spadafora, M. Pagani og G. Nappi, 2014. A consensus protocol for the management of medication-overuse headache: Evaluation in a multicentric, multinational study. Cephalalgia 34, 645-655.*

I gruppen, der var indlagt, gennemførte 87% afgiftningen efter planen, mens kun 64% gennemførte hjemmeafgiftningen. 3 ud af 4 af dem, der gennemførte afgiftningen (i begge grupper) fik reduceret deres medicinforbrug til under 10 dage om måneden, og halvdelen (i begge grupper) havde mindre end 15 hovedpinedage om måneden.

Da forsøget blev gennemført på flere forskellige behandlingssteder (i flere lande), var indlæggelsesperioden af varierende længde, men altid 'flere dage'. Artiklen går ikke i dybden med, hvad



# Opioider arbejder på højtryk ved migræne

medicin

**Resultaterne som omtales her, kommer fra en enkelt kvindelig migræniker, som indvilligede i at blive scannet for, hvor mange opioid-receptorer, der var ledige i hjernen, mens hun havde et ubehandlet migræneanfald.**

Når vi tager smertestillende medicin af typen opioider (dvs. morfin, kodein og heroin), blokerer disse stoffer helt specifikke receptorer, så vi ikke opfatter smerten (helt så slemt). Kroppen danner også selv opioider – faktisk hele 4 forskellige udgaver. Opioid-receptorerne findes især i hjernen. En variant af opioid-receptorerne kaldes  $\mu$ -opioid-receptorer, og findes især i områder af hjernen, som mistænkes for at være involveret i migrænenes hovedpine.

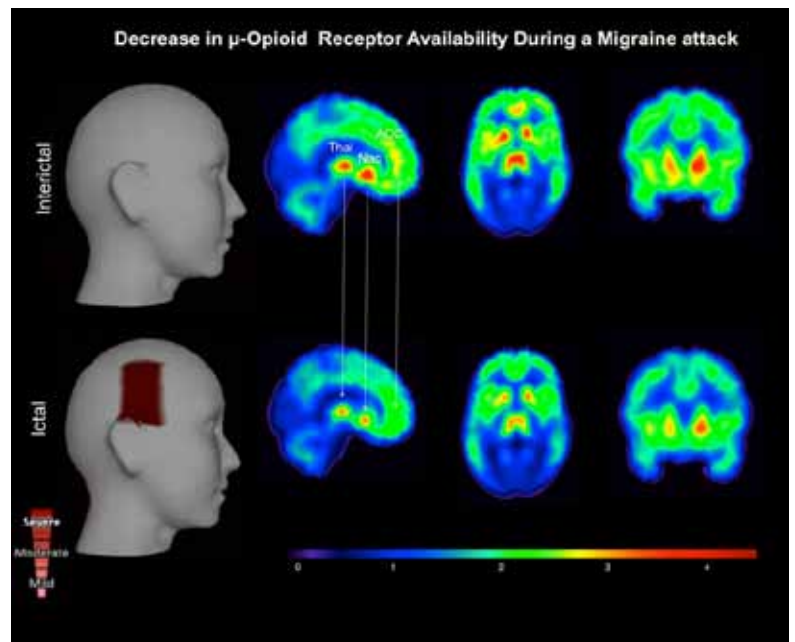
Kvinden, som lagde hoved til målingerne, blev scannet både med og uden migræne, og forskellen mellem de to tilstande kunne beregnes. På figuren har damen ikke migræne i den øverste række billeder, og har et anfald i den nederste række. Forskellen mellem de to rækker billeder er tydelig.

Mens damen havde migræne, var der færre ledige receptorer (større områder på billedet var blå, og mindre områder var røde) – dvs. mange af receptorerne var optaget af kroppens

egne opioider, så de ikke sendte besked om smerter. Kroppen dannede og afgav  $\mu$ -opioider, som dæmper smerterne.

Det betyder også, at opioider som medicin vil have en mindre virkning på migrænen, for medicinen ville ikke kunne finde ledige  $\mu$ -opioid-receptorer.

*A. F. DaSilva, T. D. Nascimento, T. Love, M. F. DosSantos, I. K. Martikainen, C. M. Cummiford, M. DeBoer, S. R. Lucas, M. C. A. Bender, R. A. Koeppel, T. Hall, S. Petty, E. Maslowski, Y. R. Smith og J.-K. Zubieta, 2014. 3D-Neuronavigation In Vivo Through a Patient's Brain During a Spontaneous Migraine Headache. Journal of Visualized Experiments DOI:10.3791/50682*



## Redaktørens kommentar

Måske har vi her begyndelsen til forklaringen på, hvorfor opioider specielt giver migrænikere medicin-induceret hovedpine. Vi overfylder  $\mu$ -opioid-receptorerne med medicin, og så er der ikke længere et 'bolværk' mod smerterne.

# Lille virkning af håndkøbsmedicin på spændingshovedpine

medicin

En gennemgang af 40 afprøvninger af Paracetamol, Naproxen, Ibuprofen, Diclofenac, Ketoprofen og Aspirin som medicin mod spændingshovedpine har vist, at virkningen er lille i forhold til placebo, hvis målet er at blive smertefri indenfor 2 timer.

Undersøgelsen blev udført i samarbejde med firmaet RB (Reckitt Benckiser), som bl.a. markedsfører Nurofen (smertestillende medicin til børn) og Clearasil.

*R. A. Moore, S. Derry, P. J. Wiffen, S. Straube og L. Bendtsen, 2014. Evidence for efficacy of acute treatment of episodic tension-type headache: methodological critique of randomised trials for oral treatments. Pain., doi.org/10.1016/j.pain.2014.08.0090304-3959*

## Redaktørens kommentar

Firmaet afslører ikke, om de ønsker at gå ind i markedsføring af yderligere smertestillende midler.



# Tager du flere forskellige typer medicin?

Medicin mod forskellige lidelser kan modvirke hinanden eller kan forstærke virkningen af medicinen. Apoteket kan vejlede om uheldige kombinationer.

medicin

Det kan virke uoverskueligt at finde ud af, om virkningen af f.eks. en triptan ændres af den medicin, man får for en anden sygdom. En gennemgang af mere end 200.000 amerikaneres receptpligtige medicin viste, at 8.860 havde fået

mere end 7 recepter på en måned. Deres medicin blev så grundigt vurderet.

16% af de 8.860 personer, som indgik i undersøgelsen, fik medicin, som ikke burde kombineres. Det var især kvinder, som fik medicin, som ændrede på en af de andre mediciner. Ud af 838 migrænikere, som fik smertestillende medicin eller migrænemedicin, fik halvdelen også anden medicin, som ikke burde kombineres med medicinen mod smerter/migræne.

Undersøgelsen omfatter kun storforbrugere af medicin, men afslører dog, at lægen og apoteket langt fra altid er opmærksomme på de uheldige kombinationer.

S. D. Nelson, J. LaFleur, E. Hunter, M. Archer, C. Steinvooort, C.A. Maden og G. M. Oderda, 2014. Identifying and Communicating Clinically Meaningful Drug-Drug Interactions *Journal of Pharmacy Practice* DOI: 10.1177/0897190014544793

*Hyperikum vokser vildt i Danmark og anvendes som et mildt anti-depressiv.*



## Hvor mange recepter får vi i gennemsnit?

USA	12 recepter om året
England og Skotland	18 recepter om året
DK	7 recepter om året

Antallet af recepter siger intet om vores sundhed. Der kan være forskelle på mængden af medicin per recept, og hvilke midler der er omfattet af receptordningen.

## Redaktørens kommentar

Snak med lægen, hvis du får medicin, som ikke bør kombineres.

Midler som er NÆVNT i produktresumeeet som mulige årsager til ændret virkning af triptanerne. Ikke alle midler har lige stor effekt på triptanernes virkning.

Sumatriptan	Eletriptan (Relpax)	Zolmitriptan (Zomig)	Frovatriptan (Migard)	Rizatriptan (Maxalt)	Alle triptaner
MAO-hæmmere	Betablokkere Tricykliske antidepressiva Østrogenholdige midler Ca-kanalblokkere Ketoconazol (svampemiddel) Itraconazol (svampemiddel) Erythromycin (bakteriemiddel) Clarithromycin (bakteriemiddel) Josamycin (antibiotika) Proteasehæmmere (HIV-medicin)	Cimetidin, (generel P450 hæmmer, mod mavesår)	Citalopram (antidepressiv), Paroxetin (antidepressiv) Methylergometrin (stopper blødninger) Prikbladet hyperikum	Propranolol	Ergotamin Andre triptaner SSRI SNRI MAO-hæmmere

## Vidste du at...

**over halvdelen af alle migrænikere oplever dufte stærkere, når de har anfald?**

De, der føler dufte som ekstra stærke (og ubehagelige), når de har

et migræneanfald, har tendens til at være dem, der har haft migræne i mange år, som har langvarige anfald (3 dage), har allodynia og har tendens til at få angstanfald.

Tendenserne er ikke statistisk signifikante, for variationen er stor i

begge grupper (med og uden forstærket oplevelse af dufte).

F. Baldacci, C. Lucchesi, M. Ulivi, M. Cafalli, M. Vedovello, A. Vergallo, E. Del Prete, A. Nuti, U. Bonuccelli og S. Gori, 2014. *Clinical features associated with ictal osmophobia in migraine. Neurol Sci* DOI 10.1007/s10072-014-1903-5

# Halvdelen opgiver triptanerne

medicin

**Dette synes at gælde for mange lande. Hver anden af dem, der får en recept på en triptan, får ikke flere recepter til triptaner.**

Det er konklusionen på 44 undersøgelser fra 8 lande (DK, UK, IT, FR, DE, NL, USA og Israel). Der er en del variation mellem undersøgelserne (formentlig pga. forskelle i hvordan data er indsamlet), men hovedkonklusionen er klar – det er kun en ud af to 'begyndere' på triptaner, som beder om en recept mere.

Blandt dem, der fortsætter med triptanerne, skifter op til hver tredje til en anden triptan. I USA viste en rundspørge, at de, der fortsatte med triptanerne, var mere tilfredse med medicinen, og stolede mere på dens effekt.

Forskerne peger på, at der er en sammenhæng mellem prisen på triptanerne, og hvor mange der fortsætter med at tage dem, og at der hersker en vis grad af frygt blandt triptanbrugerne for at udvikle medicininduceret hovedpine eller kronisk migræne pga. triptaner.

A. J. Messali, M. Yang, P. Gillard, K. Tsai, S. J. Tepper, L. M. Bloudek og S. H. Kori, 2014. *Treatment persistence and switching in triptan users: a systematic literature review. Headache 54, 1120-30*

## Redaktørens kommentar

Undersøgelsen var betalt og udtænkt af medarbejdere hos Allergan, som producerer Botox.

# Svenskernes forbrug af triptaner

medicin

**Triptaner (Sumatriptan og Zomig) kan købes i håndkøb (dvs. uden recept) i Sverige. Sådan har det været siden 2007. I 2011 var ca. 11% af salget af triptaner uden recept.**

Ligesom i Danmark er salget af triptaner i Sverige steget støt siden Sumatriptan/Imigran kom på markedet i 1991 (i Sverige) og 1992 (i Danmark). I begge lande faldt udgifterne til triptaner væsentligt, da patentet på Sumatriptan løb ud.

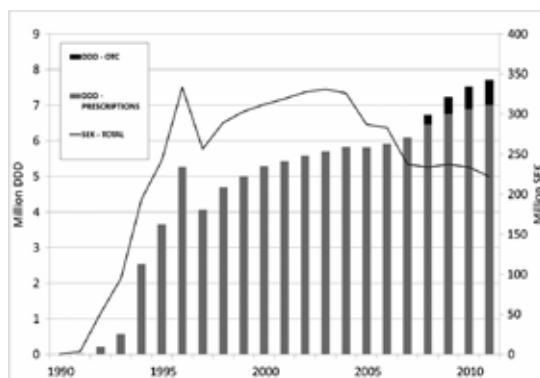
De svenske statistikker viser, at 10% af triptanbrugerne tager halvdelen af de udleverede doser. Dette gælder både for mænd og kvinder. Vi har ikke tilsvarende data fra Danmark.

Halvdelen af triptanbrugerne i 2007 fik ikke triptaner udleveret i 2011, og halvdelen af brugerne i 2011 havde ikke taget triptaner i 2007. Så der er stor udskiftning i brugergruppen. Men det tyder på, at der er en gruppe 'faste' brugere af triptaner, og at den omfatter de 10%

hårdtest ramte og formentlig en større gruppe, som har baseret deres livskvalitet med migrænen på at tage triptaner.

Den gruppe, som stopper med triptanerne er formentlig dem, som fint kan klare sig med smertestillende medicin.

En gennemsnitlig svensk bruger af triptaner tog 67 doser triptan i 2007 og 74 doser i 2011. Til sammenligning tog de danske triptanbrugere ca. 65 doser triptaner i 2013 (beregnet fra Ordiprax, ca. 270 DDD/1000 indbyggere per kvartal og ca. 100.000 triptanbrugere).



M. von Euler, S. Keshani, K. Baatz og B. Wettermark, 2014. *Utilization of triptans in Sweden; analyses of over the counter and prescription sales. Pharmacoepidemiology and drug safety. DOI: 10.1002/pds.3681.*

## Redaktørens kommentar

Det svenske tilskudssystem til medicin minder meget om det danske.

## Announce

### Vil du deltage i et projekt om migræne?

Vi er en gruppe fysioterapeutstuderende, der skal skrive bacheloropgave i 2015. Lider du af migræne oftere end en gang om måneden, er du mellem 18 og 65 år gammel og kunne du tænke dig at være med i et projekt om migræne og fysisk aktivitet vil vi meget gerne høre fra dig.

Som deltager i projektet forventer vi, at du mødes med os i Aalborg 2-3 gange. Vi vil aftale tidspunkter, der passer med din og vores arbejdstid. Ved første møde

vil vi tilrettelægge et træningsprogram med fokus på konditionstræning, som du skal udføre derhjemme 3-4 gange om ugen og føre en dagbog over din træning samt dine migræneanfald. Der vil være opfølgninger undervejs i projektperioden, som til sidst vil afsluttes med et møde med evaluering af forløbet.

Skriv til **1015289@ucn.dk** hvis du er interesseret i at vide mere og evt. medvirke i vores undersøgelse.

Sofie Mark Vegeberg  
Camille Alberte Eberhardt Lund  
Mads Winther Olsen  
University College Nordjylland

# Migræne og Parkinsons syge

**Migræne med aura tredobler risikoen for at udvikle Parkinsons syge. Migræne uden aura øger 'kun' risikoen til det dobbelte, og hovedpine generelt giver kun en minimal forøgelse af risikoen sammenlignet med personer, som ikke har hovedpine.**



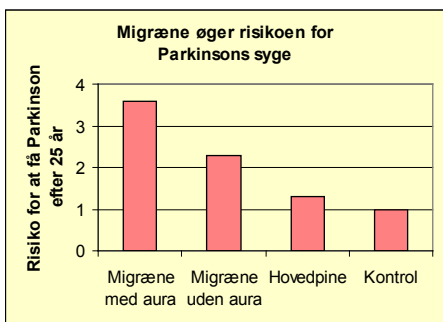
## Viden

Det er konklusionen på en opfølgende undersøgelse efter 25 år af mere end 5.000 islændinge. De var i gennemsnit 51 år gamle ved første undersøgelse, og 77 år gamle ved den opfølgende undersøgelse. 238 havde migræne uden aura og 430 havde migræne med aura ved første undersøgelse.

I anden undersøgelse blev forsøgsparticipanterne undersøgt for, hvor hurtigt de gik, og hvor lange skridt de tog. Lang-

som gang og korte skridt er typisk for Parkinson-patienter. Manglende stemme-styrke, rystende hænder og manglende bøjelighed og kraft i armene blev desuden brugt som tegn på (begyndende) Parkinson.

Der var stort set ingen forskel på mænd og kvinder mht. risikoen for at udvikle Parkinsons.



En høj søjle viser en større risiko for at udvikle Parkinsons syge i løbet af 25 år.

Nogle deltagere i undersøgelsen tog Dopamin mod deres Parkinson-symptomer. Udelukkelse af disse gav ingen ændringer i resultaterne.

A. I. Scher, G. W. Ross, S. Sigurdsson, M. Garcia, L. S. Gudmundsson, S. Sveinbjörnsdóttir, A. K. Wagner, V. Gudnason og L. J. Launer, 2014. Midlife migraine and late-life parkinsonism: AGES-Reykjavik Study. *Neurology*. DOI:10.1212/WNL.0000000000000840.

# Lavt blodtryk og migræne

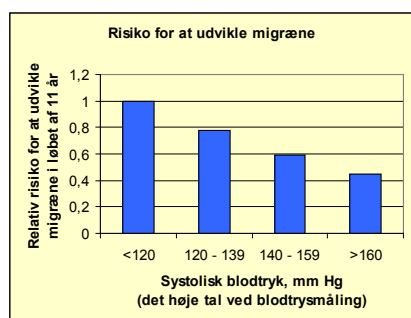
**Risikoen for at udvikle migræne er større, hvis man har et forholdsvist lavt blodtryk. Det er konklusionen på en undersøgelse af over 13.000 nordmænd fra Trøndelag, som fik målt blodtryk med 11 års mellemrum og oplyste, om de led af migræne.**

## Viden

Blodtrykket påvirkes af en lang række faktorer. De vigtigste er alder, BMI, uddannelse, angst, depression, om man ryger, om man er fysisk aktiv, koffein-indtaget, kolesterol-niveauet og om man drikker meget alkohol. Deltagerne blev spurgt om alle disse forhold, og deres blodtryk blev korrigeret, så det var sammenligneligt, uanset at de havde forskellig levevis.

Deltagerne var i gennemsnit 48 år gamle ved første måling, og de havde et BMI på 26 (dvs. de var stort set normalvægtige). 713 deltagere udviklede migræne eller migrænelignende hovedpine i løbet af de 11 år mellem de to målinger.

Det viste sig meget tydeligt, at de, der havde lavest blod-



tryk, også havde den højeste risiko for at få migræne. Det var især det systoliske blodtryk (det høje tal ved blodtryksmålingen), som viste en tydelig sammenhæng med

risikoen for at få migræne.

I figuren er risikoen for at udvikle migræne sat til 1 for de deltagere, som havde systolisk blodtryk under 120 (det der anses for normalt). Deltagere med højere blodtryk havde mindre risiko for at udvikle migræne (lavere søjler i figuren).

Forskerne giver ikke en entydig forklaring på dette fænomen, men nævner, at mennesker med højt blodtryk generelt har en højere smertetærskel end andre. se.

C. F. Fagernæs, I. Heuch, J.-A. Zwart, B. S. Winsvold, M. Linde og K. Hagen, 2014. Blood pressure as a risk factor for headache and migraine: a prospective population-based study. *European Journal of Neurology* doi:10.1111/ene.12547



## Redaktørens kommentar

Disse resultater giver selvfølgelig anledning til at under sig over, at blodtryksænkende medicin som f.eks. betablokkere kan anvendes som forebyggende mod migræne.

# Vedvarende aura – stadig en gåde

Enkelte migrænikere har aura, som varer længere end en time. Hvis auraen varer mellem 1 time og en uge, kaldes det 'prolonged aura' eller forlænget aura, og hvis det varer mere end en uge, kaldes det vedvarende aura (persistent aura).

## Viden

Der har været lavet mange forsøg på at behandle de lange auraer, med stort set alle de forskellige typer medicin, som med nogen grad af sandsynlighed kunne virke (39 forskellige). De eneste mediciner, som synes at have en vis (lille) virkning er acetylsalisylsyre



(Aspirin), baclofen, divalproex sodium (Dekapote), furosemid (Furix, Diural), lamotrigin (Lamictal), nifedipin (Adalat), nimodipin (Nimotop) og sertralin (Zoloft). Lamitrigin synes at være mest effektiv til at bryde de langvarige auraer.

Den længst-varende aura fortsatte i 28 år.

S. Thissen, I. G. Vos, T. H. Schreuder, W. M. Schreurs, L. A. Postma og P. J. Koehler, 2014. Persistent migraine aura: new cases, a literature review, and ideas about pathophysiology. *Headache* 54, 1290-309.

## Kemien bag migrænikernes 'huller' i hjernen

## Viden

**Migrænikere har større risiko for at danne huller i den hvide substans i hjernen end ikke-migrænikere. Men det er langt fra alle som udvikler disse huller. Det afgøres måske af et enzym.**

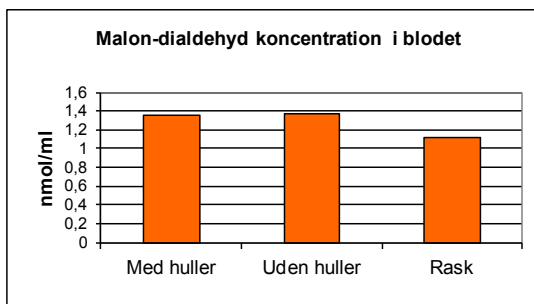
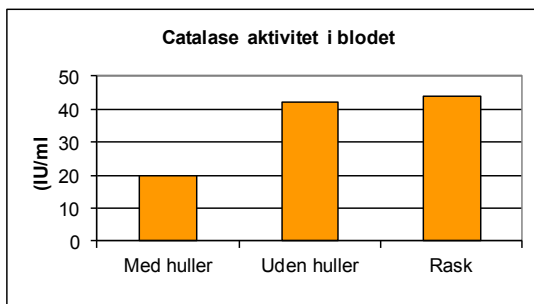
En undersøgelse med 32 migrænikere og 17 kontrolpersoner (gennemsnitlig alder på 33 år for begge grupper) viste, at de 14 migrænikere, som havde flere 'huller i hjernen' (dvs. områder, hvor der er færre nerveceller i den hvide substans end forventet) havde mindre catalase-aktivitet i blodet end de migrænikere, som ikke havde 'hullerne'. Migrænikerne uden 'huller' havde samme catalase-aktivitet som kontrolpersonerne.

Catalase er et enzym, som nedbryder  $H_2O_2$  (brintoverilte), som dannes når organiske stoffer iltes (dvs. nedbrydes). Populært sagt rydder catalase op i de skadelige produkter, som dannes når kroppens stoffer nedbrydes.

### Redaktørens kommentar

Det er nærliggende at overveje at øge mængden af antioxidanter i kosten. En enkelt rapport fra 2004 viste, at tilskud af antioxidanter halverede antal migrænedage og nedsatte migrænenes intensitet til det halve. Desværre omfattede dette forsøg ikke en kontrolgruppe.

S. Chayasirisobhon, 2006. Use of a pine bark extract and antioxidant vitamin combination product as therapy for migraine in patients refractory to pharmacologic medication. *Headache* 46, 788-93.



Det viste sig også, at begge grupper migrænikere havde et højere indhold i blodet af malon-dialdehyd end kontrolpersonerne. Det er et stof, som dannes, når fedtstoffer (som f.eks. fedtskederne omkring nervetrådene i hjernen) nedbrydes.

Forskerne målte også blodets indhold af superoxid dismutase og glutathion peroxidase, kroppens vigtigste antioxidanter, og fandt ingen forskel mellem de tre grupper personer (migrænikere med huller, migrænikere uden huller og kontrolpersoner).

Desværre oplyser artiklen intet om, hvor længe og hvor ofte migrænikerne med og uden huller havde anfald.

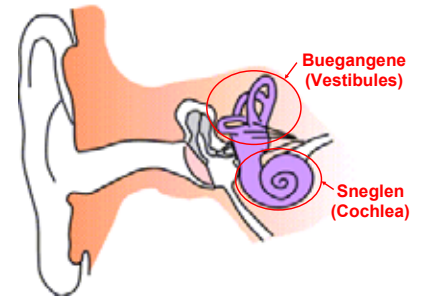
Hvis de to grupper migrænikere lignede hinanden bortset fra hullerne, kan vi konkludere, at de migrænikere, som ikke får (så mange) huller i hjernen, bliver beskyttet af deres gode catalase-produktion, uanset at der sker en nedbrydning af fedtstoffer i deres krop.

B. Aytac, O. Coskun, B. Alioglu, Z. E. Durak, S. Büber, E. Tapci, R. Ocal, L. E. Inan, I. Durak og T. K. Yoldas, 2014. Decreased antioxidant status in migraine patients with brain white matter hyperintensities. *Neurol Sci*. DOI 10.1007/s10072-014-1864-8

# Svimmelhed – problem for nogle migrænikere

Viden

**Der er (mindst) én faktor, som er fælles for svimmelhedsmigræne (migræne med vertigo) og Ménière's sygdom: Man bliver svimmel. Ménière-patienterne har overtryk i buegangene – det har migrænikerne ikke.**



En ganske lille undersøgelse af 7 personer med svimmelhedsmigræne og 7 andre personer (tilsvarende alder) med Ménière's sygdom viste, at migrænikernes buegange hos de 6 personer var helt normale mht væsketryk. Ménière-patienternes buegange var derimod udspilede – det kaldes for endolymphatisk hydroks.

Men migrænikerne med svimmelhedsmigræne i undersøgelsen havde øget tryk i cochlea (sneglen), som sammen med buegangene er fyldt med en saltholdig væske. Det kan være forklaringen på svimmelheden.

*T. Nakada, T. Yoshida, K.i Suga, M. Kato, H. Otake, K. Kato, M. Teranishi, M. Sone, S. Sugiura, K. Kuno, I. Pyykko, S. Naganawa, H. Watanabe, G. Sobue og T. Nakashima, 2014. Endolymphatic space size in patients with vestibular migraine and Ménière's disease. J Neurol DOI 10.1007/s00415-014-7458-9.*

## Vestibular Disorders Association anbefaler

Man kan formentlig nedsætte ubehaget pga. det øgede tryk i det indre øre ved at tage vanddrivende medicin, reducere mængden af salt og sukker i maden, huske at drikke tilstrækkeligt med vand, bevare en nogenlunde normal vægt, motionere, undgå at ryge, og undgå store mængder af aspirin og NSAIDs, og sørge for at sove godt.

Alle disse 'gode råd' har selvfølgelig til formål at genoprette saltbalancen i væsken i det indre øre, og dermed forhåbentlig også genoprette det normale tryk i det indre øre.

<http://vestibular.org/secondary-endolymphatic-hydrps-seh>

Svimmelhedsmigræne	Ménière's sygdom
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Svimmelhed</li> <li>• Ikke hørenedsættelse</li> <li>• Ikke trykken i øret</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tinnitus</li> <li>• Svimmelhed</li> <li>• Varierende nedsættelse af hørelsen,</li> <li>• Følelse af trykken i øret</li> </ul>

# Pludselig hovedpine hos personer over 50 kan være 'temporal arteritis'

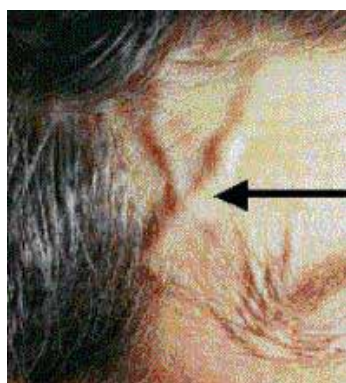
Viden

**Genkender du billedet af en ældre person med opsvulmede blodkar i tindingen? De kan skyldes, at der er en særlig form for betændelse på indersiden af netop tindingepulsåren. Ofte følges disse opsvulmede blodkar af hovedpine.**

Faktisk skyldes temporal arteritis (som kan oversættes til inflammation i tindingepulsåren) at der sætter sig aflejringer på indersiden af blodkarret i tindingen. Det kan give forstoppelse i blodkarret, og i visse tilfælde en blodåre, som ses næsten som en perlerække under huden.

Hyppigheden af disse forstoppede tindingepulsårer er ca. 30 tilfælde om året blandt 100.000 mennesker i 70'erne, dvs. samme størrelsesorden som for hjerneblødninger. Kvinder er 3 gange så udsatte som mænd, og blandt kvinder er det især skandinaviske kvinder, der rammes.

En pludselig ny (type) hovedpine efter 50-års alderen bør altid være en god grund til at snakke med lægen. Tre ud af fire, som får temporal arteritis, får medfølgende hovedpine. Hovedpinen kommer ofte



pludseligt, og huden i hovedbunden omkring blodkarret er øm. Hovedpinen kan ligne migræne, klyngehovedpine eller spændingshovedpine, og bliver ved i mange dage. Nogle får aura, som oftest kun er på det ene øje, i modsætning til den typiske migræneaura, som er ens på begge øjne.

15 – 20% af dem, der får temporal arteritis, bliver blinde. Det skyldes, at det ikke kun er tindingepulsåren, der får aflejringer, men at også blodtilførslen til nethinden mindskes på grund af forstoppelse i de små blodkar, som forsyner den. Blindheden varsles ofte af forbigående blindhed på et øje. Dobbelt syn kan også være et tegn på temporal arteritis. Husk at snakke med øjenlægen, hvis du ser dobbelt eller har forbigående blindhed.

Sygdommen kan også give demens og andre gener, som ofte tilskrives 'alderdom'.

Hvad er behandlingen?

- Spis fedtfattigt og sundt (varieret)
- Undgå alkohol
- Dyrk motion
- Drop smøgerne

Og snak med lægen om medicin (f.eks. prednisolon).

*J. H. Smith og J. W. Swanson, 2014. Giant celle arteritis. Headache 54, 1273-89.*

# Hjernen lærer af tidligere migræneanfald

viden

**Transkraniel magnetisk stimulering (TMS) kan bruges til at vise, hvor stor påvirkning med en magnet, der skal til, for at få en muskel til at trække sig sammen. Migrænikere er mere følsomme overfor denne type påvirkning end ikke-migrænikere, og især migrænikere med mange anfald er følsomme.**

Når en magnet holdes tæt på kraniet på det sted, som styrer den store muskel ved grunden af tommelfingeren, kan man måle effekten på tommelfingermusklen.

Forskere fra Italien målte på denne måde på 66 migrænikere uden aura, 48 med aura, 14 med kronisk migræne og 20 raske kontrolpersoner. Migrænikerne fik foretaget målinger mellem anfald, lige inden anfald, under anfald og efter anfald.



Magneten stimulerede hjernebarken med varierende styrke, og den styrke, som fik musklen i tommelfingeren til at trække sig sammen, blev anset som positiv respons.

Der viste sig klare forskelle mellem migrænikere med mange anfaldsdage om måneden, og kontrolpersonerne og migrænikere med højst 2 migrænedage om måneden.

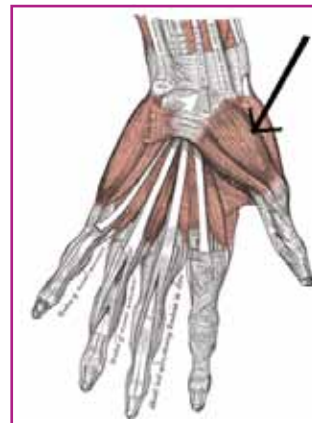
Hos kontrolpersonerne steg den magnetiske påvirkning, der var nødvendig, for at få tommelfingeren til at spjætte, når forskerne fortsatte med at give stimulationen.

Hos nogle migrænikerne fandt forskerne at der skulle mindre stimulering til, jo flere stimuli, der kom indenfor en serie. Andre migrænikere havde uændret reaktion

(dvs. samme stimulering gav et spjæt hver gang). En nøjere analyse viste, at både migrænikere med og uden aura, med mere end 4 migrænedage om måneden, fik spjæt i tommelfingeren ved mindre stimulering, jo flere stimuli der kom fra magneten på hovedet. Migrænikere med ganske få anfald (i gennemsnit under 2 dage om måneden) fik spjæt i tommelfingeren ved samme stimulering med magneten, uanset hvor mange gange man stimulerede dem.

Det tolker forskerne som, at migrænikere med mange migrænedage bliver mere følsomme overfor deres trigger, netop på grund af de mange dage med migræne.

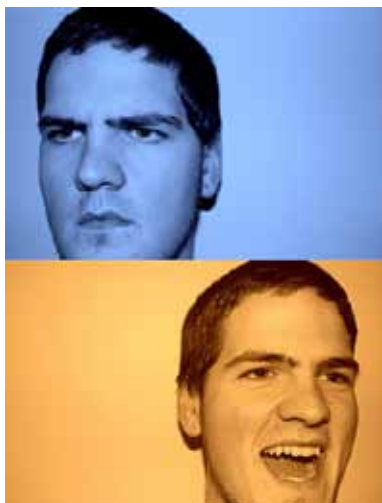
*G. Cosentino, B. Fierro, S. Vigneri, S. Talamanca, P. Paladino, R. a Baschi, S. Indovino, S. Maccora, F. Valentino, E. Fileccia, G. Giglia og F. Brighina, 2014. Cyclical changes of cortical excitability and metaplasticity in migraine: Evidence from a repetitive transcranial magnetic stimulation study. Pain 155, 1070–1078.*



Denne muskel reagerede på magnetisk stimulering på det sted i hjernen, som kontrollerer musklen. Forsøgspersonerne sad afslappede og blev stimuleret med en magnet udenpå kraniet. Stimuleringen øgedes, indtil musklen gav et lille spjæt, fordi der kom en impuls fra hjernen.

## Redaktørens kommentar

Der er lang vej endnu, før vi kan forklare, hvorfor migræne kan udvikle sig fra få og spredte anfald til migræne næsten hver dag. Måske er denne undersøgelse et af de mange skridt på vejen.



## Bipolær lidelse og migræne

**En gennemgang af undersøgelser som tilsammen omfattede mere end 12 millioner mennesker (heraf 171.352 med bipolær lidelse) viste, at personer med bipolær lidelse (tidligere kaldet manio-depressive), har 3 gange så stor risiko for at have migræne som mennesker uden bipolær lidelse.**

viden

Den bipolære lidelse øgede også risikoen for at have kroniske smerter til lidt over det dobbelte.

Undersøgelsen siger ikke noget om, hvorvidt det er den bipolære lidelse, der giver smerter og/eller migræne, eller

om det er smerterne og migrænen, som udløser den bipolære lidelse.

*B. Stubbs, L. Eggermont, A. J. Mitchell, M. De Hert, C. U. Correll, A. Soundy, S. Rosenbaum, D. Vancampfort, 2014. The prevalence of pain in bipolar disorder: a systematic review and large-scale meta-analysis. Acta Psychiatr Scand 2014: 1–14.*

# Migrænikeres tømmermænd er værre

## viden

Nogle migrænikere undgår alkohol, fordi de oplever, at selv små mængder alkohol udløser et migræneanfald. Andre drikker alkohol ved festlige lejligheder, sådan nogenlunde ligesom andre. Men tømmermændene hos migrænikerne er værre end det, som ikke-migrænikere oplever.

692 studerende (heraf 95 som led af migræne) udfyldte spørgeskemaer om deres alkohol-forbrug, og om hvordan de oplevede eftervirkningerne af alkohol-indtag. 80% af deltagerne drak alkohol af og til eller oftere. Migrænikerne drak dog mindre mængder alkohol end ikke-migrænikerne, og undgik gerne øl og spiritus. Migrænikere og ikke-migrænikere drak nogenlunde lige meget vin.

Rødvin var generelt den foretrukne vintype, og deltagerne i undersøgelsen skelnede klart mellem tømmermænd, og den migræne, som de udviklede ½ - 3 timer efter indtagelsen af et eller flere glas rødvin. Tømmermændene kommer normalt efter flere timer, typisk når man vågner næste morgen.

Spørgeskemaet var opdelt i symptomer, som var migræneliggende (f.eks. kvalme og/eller hovedpine næste morgen), og symptomer, som var

mere generelle. Migrænikerne oplyste, at de oftere havde kvalme eller hovedpine næste morgen efter alkoholindtag. Dette var specielt tydeligt blandt kvinderne.



Y. Zlotnik, Y. Plakht, A. Aven, Y. Engel, N. Bar Am og G. Ifergane, 2014. Alcohol consumption and hangover patterns among migraine sufferers. *J Neurosci Rural Pract.* 5, 128-134.

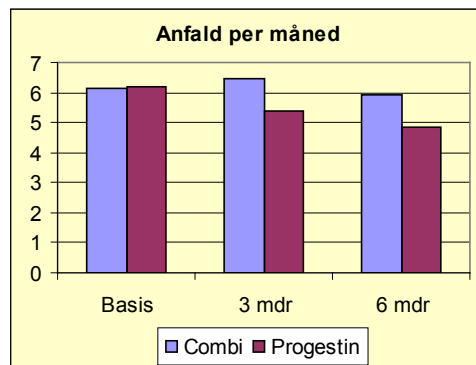
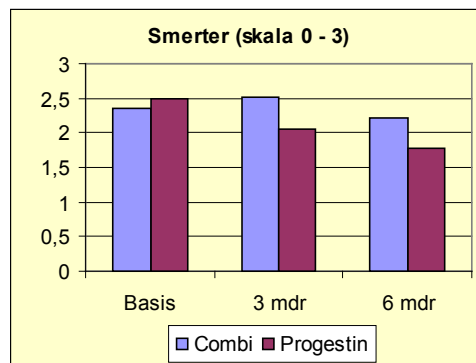
## Progestin-p-piller reducerer migræne ved endometriose

## kvinder

**P-piller forsøges ofte som behandling mod de ekstra ubehagelige menstruationer hos kvinder med endometriose. En ny undersøgelse har vist, at progestin-piller giver migrænikere uden aura, men med endometriose, en bedre livskvalitet end kombinationspiller.**

62 kvinder tog kombinationspiller i 6 måneder, og 55 andre kvinder tog progestin-piller i samme periode. De førte nøje dagbog over deres migræner og andre ubehag.

Det viste sig, at de kvinder, som tog progestin-piller, fik mindre smertefulde migræner og færre migrænedage, end dem, der tog kombinationspiller. Det var specielt kvinder, som havde ikke-menstruationsrelateret migræne som fik færre migrænedage, mens det



især var kvinder med menstruationsrelateret migræne, som fik mindre smerter.

Ændringerne efter 3 og 6 måneder var signifikante for progestin-brugerne – dvs. de er troværdige.

Kvinderne, der tog progestin-pillerne, rapporterede også om væsentligt forbedret livskvalitet.

M. Morotti, V. Remorgida, P. L. Venturini og S. Ferrero, 2014. Progestogen-only contraceptive pill compared with combined oral contraceptive in the treatment of pain symptoms caused by endometriosis in patients with migraine without aura. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 179, 63-68.

Combi-piller: indeholder østrogen og progestin.

### Redaktørens kommentar

Endometriose betyder, at endometriet (livmodersslimhinden) vokser mere end normalt. Progestin reducerer celledelingen i livmoderen, så livmoder-slimhinden ikke vokser mere end normalt.

# Kastebold mellem sagsbehandlere ved fleksjob og pension

**social**

Af: Anne Bülow-Olsen

"Du bliver en kastebold mellem sagsbehandlere og eksperter, hvis du ikke arbejder aktivt sammen med Jobcentret".

Det er den klare besked, som socialrådgiver Jytte Andersen fra Smertelinjen og Odense Universitetshospitals Smerteklinik gav tilhørerne ved foredraget om fleksjob og pension i Odense d. 24. september 2014.

Nogle kommuner er gode til at fortælle deres borgere om reglerne og de muligheder, der er, og støtter i processen med at nå frem til en tilværelse og et arbejdsliv, som fungerer for den syge, andre er knapt så gode til det. Så er det vigtigt at kende reglerne for at man selv kan være en aktiv medspiller som borger.

De seneste års revidering af reglerne for fleksjob og pension er gennemgribende - en langt mere omfattende ændring end den udvikling, som er sket løbende de seneste 10 - 15 år.

**Ordinær beskæftigelse**

Man kan opfatte reglerne som en trappe. Første trin er arbejde på ordinære vilkår, dvs. arbejde inden for overenskomstens almindelige regler. Her er der en række muligheder for at få hjælp, hvis en sygdom gør det vanskeligt at klare udfordringerne.

§56 (i sygedagpengeloven) giver mulighed for at arbejdsgiveren får kompensation for sygedagpenge fra første sygedag. Denne ydelse gives til personer, som har flere sygedage end 'normalt' (dvs. mere end 10 sygedage om året), og aftales med arbejdsgiveren. Mange arbejdsgivere er positivt indstillet for at lave denne af-



tale, for det er dyrt at miste en god arbejdskraft og skulle ansætte en ny. Aftalen kan være permanent eller tidsbegrænset, afhængigt af ansøgerens sygdom.

Der er også mulighed for at få nødvendige hjælpemidler mens man er i ordinær beskæftigelse. Det kan være en stol med bedre arbejdsstilling, hæve-sænkebord, computerskærme som ikke flimrer og meget andet, som mindsker f.eks. en migrænikers risiko for at få et anfald på arbejdet.

Kan man klare størstedelen af arbejdet, men har store problemer med mindre dele af arbejdsopgaverne kan man måske få en personlig as-

sistanceordning i jobbet, dvs. hjælp til at en anden kan overtage de dele af arbejdet, man ikke selv kan klare. Hjælpen skal søges i Jobcentret, hvor man vurderer og tager stilling til behovet. Denne støtte er varig, men kan også gives under uddannelse - og så er den begrænset til studieperioden. Der findes en god pjece på Beskæftigelsesministeriets hjemmeside, som beskriver denne og de andre handicapkompenserende ordninger. Internetadresse: <http://bmhandicap.dk/da/Inspiration-og-fakta/Pjecer.aspx>

Eksempler kunne være, hvis man har et arbejde, der kræver, at man løfter tunge ting, og man er ikke i stand til dette pga. sygdom (som eksempel - der er mange andre muligheder), kan man få en personlig hjælper, som i op til halvdelen af arbejdstiden hjælper med de problematiske opgaver. Det kan også være en chauffør, hvis man ikke kan køre bil, eller andre opgaver, som man ikke kan klare pga. en sygdom.

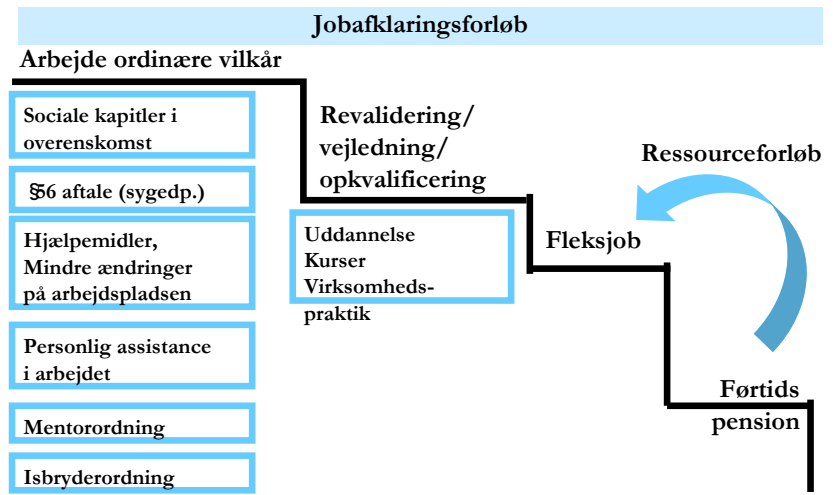
Helt nyuddannede kan desuden få isbryder-hjælp, som udbetales til arbejdsgiveren med maks 75% af lønudgifterne i op til et år. Det kan være ekstra vanskeligt at få foden indenfor på arbejdsmarkedet, hvis man har en varig lidelse. Så hjælper isbryder-tilskuddet. Målet er at det

fører til en ansættelse på ordinære vilkår.

Alle disse støttemanualiteter kan gives til ansatte på ordinære vilkår, men kan i en række tilfælde også gives til personer, som er under uddannelse/opkvalificering/revalidering eller i fleksjob.

**Revalidering**  
Hvis man falder ud af det ordinære arbejdsmarked på

Tanker, regler og muligheder i lovgivningen





grund af sygdom, kan jobcenteret tilbyde revalidering, vejledning og/eller opkvalificering. Reglerne for sygedagpenge er nu revideret, så man fra 1. januar 2014 højst kan få udbetalt sygedagpenge i 22 uger indenfor 9 måneder (tidligere 52 uger indenfor 18 måneder). Sygedagpengene kan forlænges, hvis revalidering er overvejende sandsynlig, hvis der er behov for arbejdspraktik for at afklare arbejdsevnen (i maksimalt 69 uger), hvis lægelig behandling kan føre til fuld arbejdsevne igen, kan sygepenge forlænges med op til 134 uger, hvis man har en livstruende sygdom (og det er nu ikke længere kun i terminalfasen), hvis man har en arbejdsskadesag, som ikke er afgjort (første gang) eller hvis man har søgt om førtidspension 'på det foreliggende grundlag' (dvs. klienten har selv bedt om at få ansøgningen behandlet).

Den 1. juli 2014 trådte nye regler om jobafklaringsforløb i kraft. De indebærer, at sygemeldte, der efter fem måneder ikke kan få forlænget sygedagpengene efter de eksisterende forlængelsesmuligheder, overgår til et jobafklaringsforløb. Her vil de modtage en ydelse på kontanthjælpsniveau, som er uafhængig af både ægtefælles og samlevers indkomst og formue.

Et jobafklaringsforløb minder i høj grad om de ressourceforløb, der blev etableret som et led i reformen af førtidspension og fleksjob. Målet med forløbene er, at en tværfaglig og sam-

menhængende indsats på sigt skal bringe den sygemeldte i arbejde eller i gang med en uddannelse.

### Fleksjob

Fleksjob gives kun, hvis tilstanden er kronisk og stationær, og hvis en person har varige og væsentlige begrænsninger i arbejdsevnen, som betyder at vedkommende ikke kan opnå eller fastholde beskæftigelse på normale vilkår på arbejdsmarkedet.

I fleksjob betaler arbejdsgiveren kun for de effektive arbejdstimer. Dvs. f.eks. pauser pga. sygdommens specielle begrænsninger i arbejdsevnen, regnes ikke som effektiv arbejdstid. Herudover udbetaler kommunen et fleksløntilskud til den fleksjobansatte som svarer til 98% af arbejdsledshedsdagpengenes højeste beløb (17.312 kr pr. måned), hvorfra der trækkes 30% af lønnen op til 13.446 kr månedligt, og 55% af lønnen over dette beløb. Flexjob gives helt ned til en enkelt time om ugen, ud fra den betragtning at arbejdstageren med tiden kan blive i stand til at arbejde flere timer.

Fleksjob bevilges for 5 år ad gangen og revurderes derefter hvert 5. år. Hvis man er over 40 år bliver fleksjobbet permanent efter første revurdering.

### Arbejdsprøvning

Fleksjob kan først tilbydes, når alle relevante tilbud herunder eventuelt forsøg på omplacering på arbejdspladsen, har været afprøvet for at

bringe eller fastholde den en person i ordinær beskæftigelse. Undtaget herfra er tilfælde, hvor det er åbenbart formålsløst at gennemføre disse foranstaltninger forud for en visitation. Derfor bliver arbejdspraktikker oftest nødvendige og afgørende for en endelig indstilling til fleksjob.

Ofte kan det være en god idé, at begynde en arbejdsprøvning med et timetal og arbejdsopgaver, som personen kan magte, for derefter at øge timetallet til overgrænsen for, hvad vedkommende magter. Man kan tale med sin sagsbehandler og jobkonsulent om, hvordan arbejdsprøvningen bedst kan tilrettelægges, så den kommer til at fungere bedst muligt. Efter arbejdsprøvningen vurderes klienten af et rehabiliteringsteam. De indstiller til kommunen, om klienten er berettiget til fleksjob. Kommunen foretager derefter en helhedsvurdering, og kommer med en afgørelse.

### Pension

Pension er blevet væsentligt vanskeligere at få med de reviderede regler. Pension gives stort set ikke til personer under 40 år, og kun hvis fleksjob ikke er en reel mulighed.

Migrænikere har problemer, som andre syge generelt ikke har. Vi har det godt nogle dage, og elendigt andre dage. Det er systemet ikke indrettet til. Det forventer, at man har en nogenlunde ensartet smerte eller andet handicap, så man har samme arbejdsevne hver dag.

## Om kronikertilskud

**Vi spurgte i begyndelsen af september 2014 Sundhedsstyrelsen om reglerne for kronikertilskud til migrænikere, som tager mange triptaner.**

social

Spørgsmålet var udløst af kommentarer på Facebook, om, at migrænikere fik afvist at få kronikertilskud, fordi de havde for stort forbrug af triptaner.

Nu (22. september 2014) har vi fået svar fra Sundhedsstyrelsen.

Hvis lægen glemmer at skrive, at triptanerne tages maks 9 dage om måneden, kommer der automatisk et afslag på ansøgningen om kronikertilskud.

Mind derfor gerne din læge om, at det er vigtigt at skrive 'maks 9 dage'.

Sundhedsstyrelsen oplyser også, at din læge selvfølgelig kan søge om kronikertilskud igen, såfremt du (nu) behandles efter princippet med maks 9 triptandage om måneden.

Anne Bülow-Olsen

Husk at lægen skal skrive maks 9 triptandage om måneden på ansøgningen om kronikertilskud.

# Godbidder fra migrænekongressen

Migræneforbundet deltog i efterårets migrænekongres i Bella Center 18.-21. september. Her bringer vi nogle af de centrale nyheder om migræne, der blev præsenteret ved oplæggene.

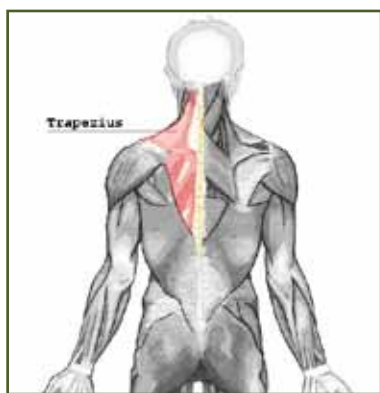
Af: Anne Bülow-Olsen

nyheder

## Triptandage

Lars Bendtsen, overlæge på DHC, forklarede til publikumsarrangementet, at tallet 9 (det antal dage vi må tage triptaner) kan opfattes med en vis fleksibilitet. Hvis man i en periode (f.eks. en måned) har megen migræne, kan man godt tage triptaner 12 dage i den måned. Men man skal ikke gøre det hver måned i lang tid.

## Spændingshovedpinens årsag sidder ikke i trapezius



En poster fra Dansk Hovedpinecenter (B. K. Madsen) viste, at patienter (unge mænd) med spændingshovedpine havde samme bevægelighed og kraft i skulderen, som unge mænd uden spændingshovedpine. Det tyder på at spændinger i skuldrene og nakken

som årsag til spændingshovedpine, ikke sidder i den store muskel, som kaldes trapezius.

## Migræne i en petriskål

Den britiske forsker Zam Cader fortalte, at man nu kan lave stamceller fra hudceller. Og stamcellerne kan udvikle sig til f.eks. nerveceller og dyrkes i en petriskål. Det betyder, at man nu kan afprøve medicin mod migræne i en petriskål med dyrkede nerveceller. Det gør det lettere at komme igennem de mange fejlskud, som uvægerligt kommer, inden man finder en ny medicin, som er god nok til videre afprøvninger.

## Billig(ere) gen-kortlægning giver behandlingsmuligheder

Det tager nok nogle år endnu, inden vi får tilbudt en genetisk kortlægning af vores migræne, fortalte den hollandske forsker A. M. J. M. van den Maagdenberg. Men udviklingen går hurtigt, og man kan nu identificere gener 'rutinemæssigt' hvis der er en god forskningsmæssig grund til det. Efter sådan en kortlægning, kan hver enkelt migræniker formentlig i fremtiden få tilbudt den medicin, som passer bedst, og de mange forsøg med forebyggende medicin med lille effekt kan måske undgås.

## Migrænenes genetik er kompliceret

J. A. Zwart fra Norge fortalte, at der er (mindst) 40 forskellige gener, som er med til at give os migræne. Med så mange forskellige varianter og et meget større antal kombinationer af gener, er det forståeligt, at migrænikerne ikke reagerer ens. 24 af de 40 gener

påvirker blodkarrene. 12 gener koder for dannelsen af proteiner, f.eks. enzymer. Der er ikke genetisk forskel på de migrænikere, som udvikler kronisk migræne, og dem, der 'kun' har episodisk migræne.

## Aura er også kompliceret

Aura-migrænikerne har større risiko for f.eks. blodpropper, og migrænen er stærkere arvelig end migræne uden aura, fortalte Andrew Charles fra UK. Vi har hidtil anset auraen som en simpel følge af at have Cortical Spreading Depression, dvs. en bølge af elektriske signaler i synsbarken. Med EEG (elektroencefalografi, som måler elektriske impulser i hjernen) har det nu vist sig, at der er mange flere trin i udviklingen af aura, og aura kan fremprovokeres ved at belyse cortex (hjernebarken) med blått lys, men ikke med gult. Aura varer 'normalt' ca. ½ time, men virkningen på blodkarrene i synsbarken varer 40 minutter til en time. Og der er faktisk ganske mange migrænikere, som har aura meget længere tid end ½ time.

Foredragsholderen mindede desuden om, at migræne varierer meget fra patient til patient, men også fra anfald til anfald hos samme patient.

## Der er (mindst) 8 forskellige smertesystemer

John Wood er smerteforsker i London. Han fortalte at hver 5. voksne har smerter af en eller anden slags. Hver dag har 2% af den voksne befolkning f.eks. migræne! Men der er ikke speciel interesse i at finde nye smertestillende midler.

Et af smertesystemerne er specifikt for migræne. Vores triptaner blokerer de receptorer på nervecellerne i hjernen, som kaldes 5HT1b/d. Det er det, der er hemmeligheden bag at triptanerne ikke gavner andre typer smerter. Andre grupper af smertereceptorer er muskelsmerter, ledsmerter og smerter på grund af kemiske påvirkninger, alle med forskellige receptorer, og derfor også mulighed for at blokere smerterne specifikt.

John Wood blev spurgt om smerter kunne være psykiske, og svarede, at det havde han godt nok aldrig tænkt kunne være muligt.

## P-piller giver øget risiko for blodpropper hos migrænikere med aura

Halvdelen af tilhørerne til et foredrag om p-piller og migræne med aura mente ikke der var en øget risiko ved at give aura-migrænikere p-piller. Derefter fortalte Anne McGregor fra London om den øgede risiko (op til 9 gange så stor som blandt ikke-migrænikere) for at få en blodprop efter kombination af aura-migræne og p-piller. Ikke desto mindre fastholdt knapt halvdelen af lægerne, at der ikke var grund til at advare patienterne om den øgede risiko.

Migræneforbundet har tidligere peget på at risikoen

for at få en blodprop, hvis man har auramigræne og tager p-piller, er mange gange større end for at blive dræbt i trafikken. De fleste kikker til både højre og venstre, inden de går over en befærdet vej.

### Tror lægerne på svimmelhedsmigræne?

I den internationale hovedpineklassifikation (lægernes bibel på området) er der en speciel type hovedpine/migræne, som kaldes migræne med vertigo

(svimmelhedsmigræne på dansk). Men findes denne særlige type migræne? Det var de tilstedeværende læger bestemt ikke enige om – mange mente det blot var et tilfælde, at 3,2% af alle migrænikere lider af svimmelhed.

Hvis man kombinerer antal mennesker med migræne og med svimmelhed, ville kun 1% af migrænikerne lide af svimmelhed.

## Ny vejledning til lægerne om migræne

### nyheder

Dansk Hovedpineselskab (lægernes faglige forening for hovedpineeksperter) har, sammen med WHO og European Headache Federation (hovedpineeksperternes europæiske forening), udgivet en ny vejledning til de danske læger om behandling af migræne og andre hovedpiner (europæiske principper for behandling af hovedpinesygdomme i almen praksis).

Bogen, som kan downloades fra Dansk Hovedpinecenters side på nettet om "Praktisk information" ved at klikke på linket "Hovedpinehåndbog (læger)", er fuld af gode og meget fornuftige råd til de praktiserende læger, om hvordan de bør behandle patienter med migræne, spændingshovedpine eller Hortons hovedpine.



Vejledningen indeholder også meget realistiske oplysninger om tilbagefald efter afgiftning, og om at man fint kan få gode resultater ved at afgiftes hjemme. Efter 2 måneder kan den medicin, som har været årsagen til den medicininducerede hovedpine, genintroduceres i begrænsede mængder.

Omtalen af brugen af forebyggende behandling er stærkt revideret. Nu anbefales et væsentlig mindre antal midler til forebyggelse, idet 8 midler (Naproxen, Candesartan, Lisinopril, Acetylsalicylsyre, Magnesium, Riboflavin, Metysergid og Gabapentin) er forsvundet, sammenlignet med "Referenceprogrammet Diagnostisk behandling af hovedpinesygdomme og ansigtssmerter" fra 2010. Atenolol er ny på listen, så nu er der 4 forskellige betablokkere, 2 epilepsimidler, en Ca-kanal-blokker og et antidepressivt middel.

### Profylaktisk medicin med beviselig god effekt

(Tilgængelighed og regulatorisk godkendelse varierer fra land til land. Brug af ikke godkendt medicin er et individuelt klinisk ansvar).

Medicin	Type medicin
Atenolol 25-100 mg eller Bisoprolol 5-10 mg eller Metoprolol 50-100 mg eller Propranolol LA 80 mg - 160 mg	Beta-adrenerge receptorblokkere
Topiramet 25 mg - 50 mg	Epilepsimiddel
Flunarizin 5-10 mg	Ca-kanal-antagonist
Natriumvalproat 600-1500 mg	Epilepsimiddel
Amitriptylin 10-100 mg	Tricyklisk antidepressiv

Vejledningen peger på, at selvom et af midlerne i en gruppe (beta-blokkere og epilepsimedicin) ikke giver den ønskede virkning som forebyggende mod migræne, kan det godt være, at en af de andre i gruppen vil virke.

Forebyggende medicin skal tages 2 – 3 måneder, før man kan afgøre, om der er en virkning. Efter 6 måneder bør nedtrapning overvejes, dog senest indenfor 1 år.

Bogen er let læst og kan evt. udskrives og gives til lægen.

## Vidste du at...

**Unge (12-19 år) med migræne ofte har ømme muskler i nakken?**

Unge med spændingshovedpine har derimod ikke disse ømme muskler.

A. Blaschek, S. Decke, L. Albers, A. S. Schroeder, S. Lehmann, A. Straube, M. N. Landgraf, F. Heinen og R. von Kries, 2014. Self-reported neck pain is associated

with migraine but not with tension-type headache in adolescents. *Cephalalgia* 34, 895-903.

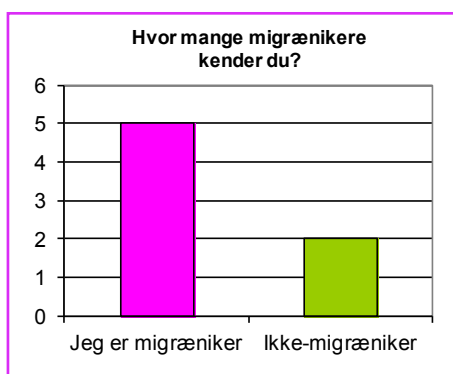
# Dansk uvidenhed om migræne

**Migræne er ikke noget, vi taler om i Danmark, og kendte fordomme om migræne hersker stadig, især blandt den tredjedel af danskerne, der ikke selv kender nogen med migræne. Især blandt mænd er det en "hemmelig" sygdom. Det er nogle af de resultater, en ny, landsdækkende rundspørge viser. Undersøgelsen er lavet for Migrænerforbundet.**

## Migræne er en hemmelig sygdom

I Danmark kender alle, der ikke selv lider af migræne, i gennemsnit 2 migrænikere, viser undersøgelsen. En gennemsnitlig social dansker har en bekendtskabskreds (incl. kollegerne og gutterne i fodboldklubben) på omkring 150 voksne. Dvs. den gennemsnitlige dansker omgås typisk 15 migrænikere. De 13 bekendte fortæller ikke til vennerne, at de lider af migræne.

Men migrænikerne kender da hinanden, ikke? Joh – en migræniker kender i gennemsnit 5 migrænikere. Og det er især kvinderne, som kender andre migrænikere. Men der



er stadig langt op til at vide, hvem i bekendtskabskredsen, som faktisk lider af migræne.

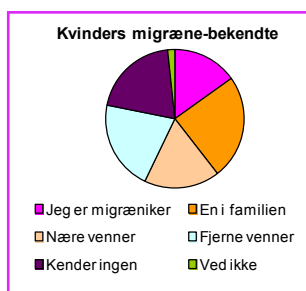
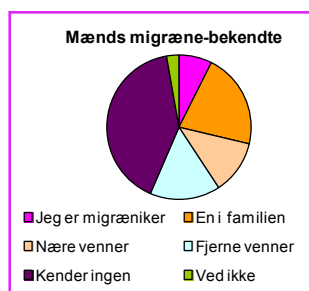
Ifølge undersøgelsen er det først og fremmest familiemedlemmer med migræne, som vi kender som 'migrænikere'. Det kan ikke skjules, når mor eller søster bliver hvid i ansigtet, kaster op og må trække sig fra familielivet. Og migræne er arvelig, så det er klart, at vi kender familiemedlemmerne med migræne.

Men for den brede befolkning er migræne stadig en sygdom, vi holder hemmelig.

## Mænd er migræne-døv-blinde

Faktisk kender hver anden mand slet ikke nogen migrænikere! Eller rettere – mænd ved ikke, at de kender migrænikere. Hvis de ved, at de kender migrænikere, er det oftest familiemedlemmer eller de nære venner.

Kvinder er langt bedre til at vide, at deres nære eller fjerne bekendte har migræne. Måske er de selv mere åbne om deres migræne? Måske husker de denne type information

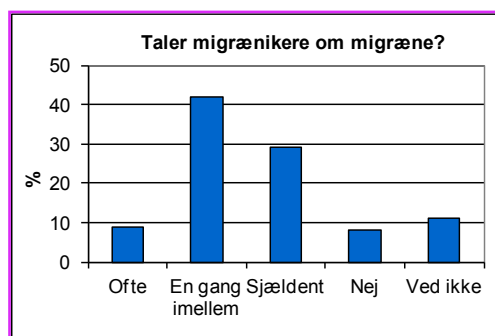


bedre end mændene? Men hver femte kvinde kender ikke en migræniker. Så også blandt kvinder holdes migrænen hemmelig.

## Vi taler ikke om migræne

Det er måske ikke specielt interessant at høre om andres sygdom. Det er i hvert fald en besked, som migrænikerne har forstået. Blandt dem, der kender mindst en migræniker, er det kun 10%, som oplever, at migrænikeren ofte taler om sine pinsler. Med andre ord, er det kun hver anden, som har et familiemedlem med migræne, som ofte hører om sygdommen. Jo, migræne er en ensom sygdom, som vi oven i købet skjuler for familien i det daglige.

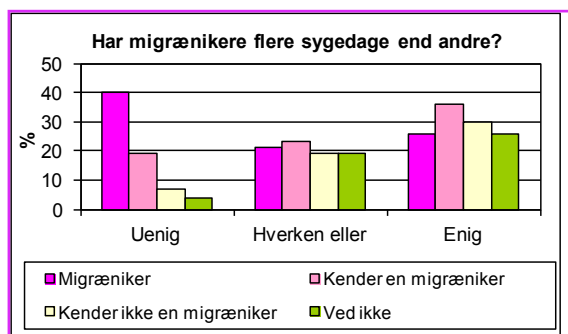
Vi, migrænikerne, gør os tydeligvis stor umage for ikke at trætte vores omgangskreds og familie med vores sygdom. Måske er det klogt (af hensyn til egen karriere)? Måske ville det være endnu klogere at snakke mere åbent om migrænen, så accepten af migræne generelt kunne øges.



## Fordomme og sygedage

Det er helt almindeligt, at have fordomme om det, man ikke kender - i stil med at folk i Finland går med kniv. Det rammer også migrænikerne.

En 'sandhed', som længe har været anerkendt, er, at migrænikere i gennemsnit har 5 ekstra sygedage om året, sammenlignet med gennemsnittet for alle ansatte. Denne sandhed dækker over, at en lille gruppe hårdt ramte migrænikere har rigtig mange sygedage eller er sygemeldt i lang tid, mens 8 ud af 10 migrænikere ikke har sygedage pga. migræne eller har en enkelt ekstra sygedag på grund af migrænen om året.



Kun 7% af dem, som ikke kender en migræniker, og som har en mening om emnet, er uenig med påstanden, at migrænikere har flere sygedage end andre. Så 'sandheden' om at migrænikere har ekstra sygedage er godt indarbejdet i den generelle befolkning.

Migrænikerne og deres bekendte har en langt mere nuanceret mening. 4 ud af 10 migrænikere mener ikke, at migrænikere som gruppe har ekstra sygedage, mens en ud af 4 migrænikere mener, at migrænikere nok har flere sygedage. Det svarer i store træk til fordelingen af migrænikere med og uden ekstra sygedage på grund af migræne.

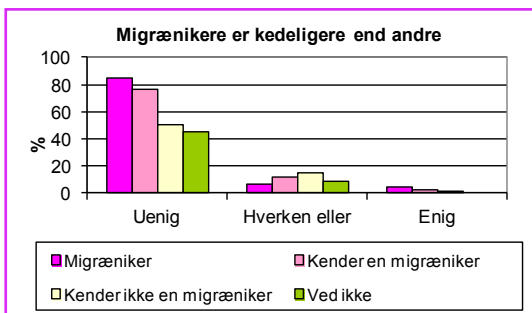
### Er migrænikere kedelige?

Migrænikere drikker generelt ikke meget alkohol, og de har tendens til at gå tidligt hjem, selv fra de fedeste fester. Det lyder jo, som om vi er kedelige, ikke?

Men det er ikke opfattelsen blandt hovedparten af migrænikerne og deres venner. De, der ikke kender en migræniker, tror derimod, at vi ikke er specielt interessante at være sammen med.

I modsætning til spørgsmålet om sygedage, så er der ingen etableret sandhed, så vi får i højere grad et reelt billede af folks opfattelse af migrænikerne.

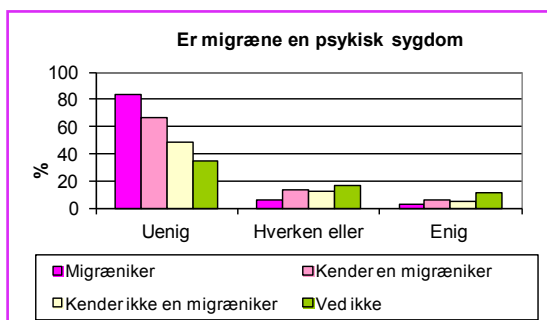
Jo, fordommene lever i bedste velgående, idet halvdelen af ikke-migrænikerne mener, migrænikere er kedelige.



### Migræne er da psykisk?

Maude i Matador havde ikke migræne. Migrænikerforbundet har spurgt Lise Nørgaard, som skrev serien. Maude gik 'bare' i seng, når hun ikke fik sin vilje, forklarede Lise Nørgaard, så hun var en 'sengedame'. Men Maude er alligevel blevet landets nok bedst kendte migræniker, og er samtidig opfattet af seerne som et typisk eksempel på en psykisk lidelse.

Migrænikerne og deres venner ved godt selv, uanset pres fra omgivelserne, at de har smerter og gener som kvalme, lys, lyd og duftoverfølsomhed, svimmelhed og meget



mere, men psykisk, det er det ikke.

De, der ikke kender en migræniker, har langt større tendens til at mene at migræne nok er psykisk.

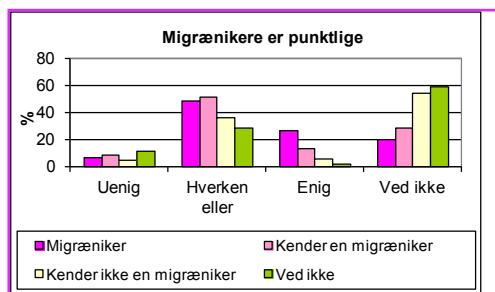
Så her blomstrer fordommene igen.

### Men migrænikere er da punktligt – mere end andre?

Der har været hypoteser om at migrænikere er pertentlige, perfektionister, hader rod og meget andet, som skulle kunne give stress og dermed migræne. Her er der forholdsvis stor enighed – migrænikere er lige så (lidt) punktligt, som alle andre. Hver fjerde migræniker mener dog, at migrænikere generelt er mere punktligt end andre.

Måske kan det have noget at gøre med, at migrænikere ofte må aflyse aftaler. Og så overkompenserer migrænikerne ved at være omhyggelige med de aftaler, de faktisk overholder.

Så der er i det mindste en enkelt fordom, som ikke lever og har det godt.



### Hvad har vi lært af svarene?

Hver tredje deltager i surveyet kendte ikke en migræniker. Denne gruppe har specielt nogle urealistiske forestillinger om migrænikere, som bestemt ikke er til migrænikernes fordel. Det kan vi arbejde på at ændre. Alle bør vide, at de kender en eller flere migrænikere – vi er trods alt mere end 10% af den voksne befolkning. Jo flere, som på egen krop erfarer, at migrænikere stort set er lige som alle andre, bortset fra at migrænikerne af og til (nogle kun sjældent, andre ofte) har migræne, jo bedre.

Migrænikere, som allerede har 'afsløret' at de har migræne, er nok dem, der bedst kan gå foran, og tale højt om deres migræne. Det kan være de modige, som har fortalt det til kollegerne, eller de hårdt ramte, som er faldet ud af arbejdsmarkedet, og derfor ikke har noget at tabe karrieremæssigt.

Efterhånden, når flere og flere åbent siger, at de har migræne af og til, vil det så blive mere og mere accepteret, at en migræniker er en ven, som af og til må melde pas. Men som resten af tiden er præcis ligesom andre.

Det ved migrænikerne og deres venner. Nu gælder det om også at overbevise resten af befolkningen.

Undersøgelsen er foretaget af Analyse Danmark for Migrænikerforbundet. 1.000 tilfældigt udvalgte danskere svarede på spørgsmålene, og 200 af dem viste sig selv at lide af migræne. Det svarer til de 20% af befolkningen, der anslås at have migræne.



## Børnecaféer er stor succes

Der har været mellem 20 og 35 deltagere til de seneste børnecaféer. Forældre, bedsteforældre og børn i alderen fra ca. 5 til 14 har deltaget.

En lokal migræniker booker et mødelokale (f.eks. på biblioteket eller i frivilligcentret), og sender information til kommunens skole-intranet.



På dagen serverer vi kaffe/te til de voksne, og frugt og saft. Der er et lille lysbillede-foredrag til indledning, og derefter kan deltagerne stille spørgsmål.

Informationen til intranettet ligger klar til at blive sendt – du skal blot rette tid og sted.

Alle udgifter refunderes selvfølgelig, og hvis du ikke har lyst til at være helt alene, dukker der en erfaren migræniker op til mødet.

Har du lyst til at være den lokale 'anker-person'? Så send en mail til [info@migraeniker.dk](mailto:info@migraeniker.dk)

## Julegaver til migrænikere

### Gaven til et barn med migræne

Holger er en dreng, ligesom alle andre drenge. Men hans mor lider af migræne, så han har lært sig at snige sig lydløst omkring, så han ikke forstyrrer hende. Holger har også migræne af og til - ligesom 5% af alle børn inden puberteten. Så han må melde fra, når migrænen banker på, selvom han og hans venner er midt i at redde en lille tyk hund fra den værste skæbne.

Bogen er spændende og fortalt med et blink i øjet, og undervejs oplever vi hvordan det er at være barn med migræne.

Bogen passer til børn i alderen 5-8 år.

Pris: 50 kr.

Bøger og medlemskab kan købes på [www.migraeniker.dk](http://www.migraeniker.dk)  
(Butik og Bliv medlem)



### Gaven i sidste øjeblik

Giv et medlemskab af Migrænikerforbundet til en migræniker. Unge og pensionister: 110 kr. Andre 225 kr per år.

Husk at skrive modtagerens navn, adresse, e-mail og andre oplysninger i felterne på den første side. Kvitteringen vil blive sendt til den e-mail adresse, der angives.

### Lækker mad, som ikke giver migræne



Kogebogens retter bruger kun ingredienser, som ikke indeholder tyramin eller phenylethylamin - dvs. du er på sikker grund, rent migrænemæssigt, når du laver mad efter 'Mad der ikke giver migræne'.

Desuden er der mange gode tips og forklaringer om, hvad man skal være opmærksom på, når man laver mad, der ikke giver migræne.

Kogebogen er en god gave både til migrænikeren selv og til andre i familien, der laver mad.

Pris: 200 kr.

## Foredrag

Socialrådgiver Jytte Andersen, rådgiver på Smertelinjen, fortæller om de nye regler og muligheder i forbindelse med fleksjob og pension.

Torsdag d. 22 januar 2015 i Frivilligcentret, Grønnegade 80, 8000 Århus kl. 19 - ca. 21.  
Gratis adgang. Alle er velkomne.

Yderligere oplysninger og gerne tilmelding på [events@migraeniker.dk](mailto:events@migraeniker.dk)

## Migræne på facebook

Har du erfaringer du vil dele med andre migrænikere? Eller vil du gerne have et velment råd?



Så kig ind på en eller flere af de tre Facebook-grupper om migræne:

- Migræne – er ikke bare hovedpine
- Migræne og mig
- Migrænikerforbundet

Alle grupper er reklamefrie, dvs. medlemmerne kan ikke reklamere for produkter eller ydelser.

---

## Smertelinjen – et godt tilbud

Der er gratis rådgivning på telefon 60130101. Snak med en socialrådgiver, en smertesygplejerske, en smertepatient eller få psykologisk rådgivning. Se åbningstider på [www.smertelinjen.dk](http://www.smertelinjen.dk)



---

## Må vi sende mails til dig?

Nogle er glade for mails. Andre er mindre lykkelige, for de får for mange mails allerede.

Jeg tror, at du, som er medlem af Migrænikerforbundet, kunne have glæde af at modtage foreningens nyhedsmails specielt for medlemmer. Vi sender ikke unødige mails, men sender selvfølgelig, hvis der f.eks. er et foredrag ikke alt for langt fra dig, eller hvis der er nyheder om medicin eller behandling af migræne.

Send en mail til [info@migraeniker.dk](mailto:info@migraeniker.dk), og op-

lys dit navn, så bliver du oprettet som medlem, og får de mails, som går ud til medlemmerne (og selvfølgelig ikke reklamerne for foreningen til ikke-medlemmer).

I 2013 sendte vi i alt 16 nyhedsmails. Nogle gik til alle medlemmer, nogle til medlemmer øst eller vest for Storebælt, og nogle gik til modtagere af nyhedsmails, som ikke er medlemmer af foreningen.

Vi sætter selvfølgelig ikke din mailadresse ind på udsendelseslisten uden din tilladelse.

## Log ind på hjemmesiden

Hvis du betaler kontingent via hjemmesiden, får du automatisk et password og dermed mulighed for at læse alle de seneste nyheder om migræne.



Betaler du via netbank/giro, kan du oplyse din mail-adresse i feltet til oplysninger til modtageren. Så bliver du oprettet som bruger og får et password.

Du kan også sende en mail til [info@migraeniker.dk](mailto:info@migraeniker.dk) om at du gerne vil oprettes som bruger.

**Send en mail til [info@migraeniker.dk](mailto:info@migraeniker.dk) og fortæl at du gerne vil have et personligt password. Så bliver du hurtigt oprettet som bruger.**

---

## HOTLINE til Migrænikerforbundet

# Ring til 70220131



Få en snak med en erfaren migræniker, hvis du er usikker, eller bare har brug for et venligt råd.

Hvis vi ikke svarer med det samme ringer vi tilbage når det er muligt.

## Hvem frygter ikke frygten?

### Frygt bruges bevidst overfor patienter, både i behandling og reklamer

Migræne ødelægger dit liv. Brug vores medicin/apparat og få et godt liv. Det er den helt korte opskrift på en effektiv annonce i USA. Først skaber man forbindelsen til frygten (ødelagt liv). Så til en mere eller mindre kendt trussel (migræne), og så kommer løsningen – det produkt, som sælgeren gerne vil have os til at bruge. Annoncer for medicin er ikke tilladt til den endelige forbruger i Danmark, men vi må gerne have annoncer til slutbrugerne (dig og mig) for medicinsk udstyr.

Bruges frygten så ikke her i landet? Jo, måske. Frygter du ikke medicininduceret hovedpine? Det gør nok alle, der tager mange smertestillende piller eller triptaner. Det er frygten, som får os til at overveje forebyggende medicin med muligheden for mange og ubehagelige bivirkninger eller til at stille anfaldsmedicinen på hylden.

Frygt er et umanerligt stærkt virkemiddel, og det bør bruges med omtanke. Det driver folk i landflygtighed. Får os til at drikke den 'rigtige' øl, for ellers er vi ikke med på noderne (uha – det frygter vi bestemt), eller, som et positivt eksempel, får os ud at motionere, så vi ikke får alt for mange livsstilssygdomme.

Men hvad ville du synes om en annonce fra en privat klinik med en hjernescanner, som begyndte at spille på frygten for en hjernesvulst? Enhver med en smule afvigende hovedpine vil blive stærkt motiveret til at betale dyrt for en scanning, som viser, at der ikke er noget galt.

Det er (vistnok) lovligt her i landet at reklamere for et af de nye apparater, som zapper migrænen væk, så længe reklamen ikke indeholder en anbefaling fra en læge og løfter om helbredelse for en alvorlig sygdom. Og det ville være en klar brug af frygten, hvis sådan en reklame pegede på, at enhver måde at reducere migrænetimerne eller intensiteten, kan give en reduktion i medicinforbruget (og dermed risikoen for medicininduceret hovedpine).

Vi ser ikke mange reklamer i de store medier for medicinsk udstyr. Men hvem vil også købe en ny hofte eller et tandlægebor i løs vægt, og markedet for migræne-apparater er nok så lille, at det næppe kan betale for en avisannonce.

Når vi forstår brugen af frygten, er vi bedre rustede til at modstå salgsgagnerne.