

Rekommendationer för nivåstrukturering av huvudvärksvården i Sverige:

Svenska Huvudvärkssällskapet utger här rekommendationer om hur huvudvärksvården bör struktureras i Sverige för att bäst utnyttja resurser och verka för en jämlik vård till huvudvärkspatienter.

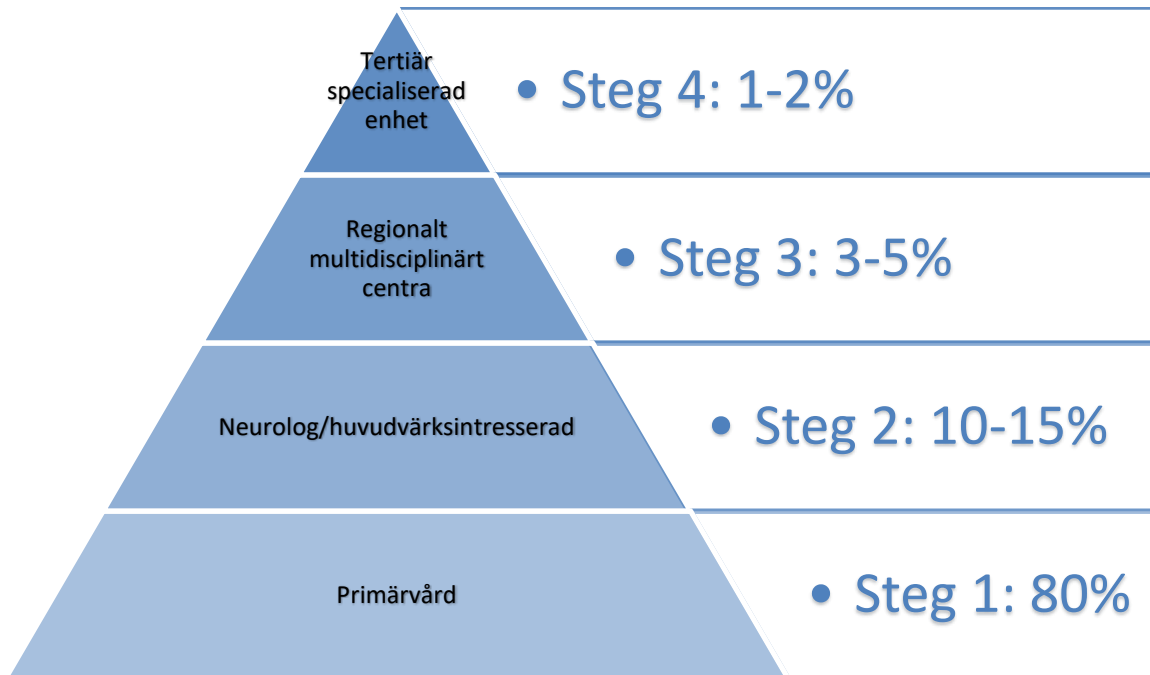
Bakgrund:

Huvudvärk är mycket vanligt och drabbar en stor del av befolkningen. Migrän som är den vanligaste neurologiska sjukdomen har en prevalens i Sverige på 13 % (globalt 15,1 %). Båda könen drabbas men migrän är vanligare hos kvinnor och majoriteten av de drabbade är i arbetsför ålder. Migränsjukdomen påverkar individer olika svårt. Majoriteten av de drabbade har en lågfrekvent migrän som ofta svarar bra på traditionell behandling och med rätt hjälp kan leva ett bra liv med sin sjukdom utan större inverkan på livssituationen mer än några dagar per år/ någon dag per månad. Denna grupp patienter ska behandlas inom primärvården. En inte obetydlig del av patienterna drabbas däremot hårt med stor påverkan på livskvalitet (påverkan på arbetsliv/arbetsförmåga, privatliv) medförande stora kostnader för individ och samhälle. Man beräknar att ca 1-2 % av befolkningen uppfyller kriterierna för kronisk migrän, vilket skulle innebära ca 100,000–200,000 personer i Sverige. Kronisk migrän innebär minst 15 dagar per månad med huvudvärk varav minst 8 dagar av dessa är migränhuvudvärk.

Utöver migrän finns en mängd andra huvudvärksdiagnoser (Hortons huvudvärk, Hemicrania continua, spänningshuvudvärk, posttraumatisk huvudvärk för att nämna några) – totalt ett 100-tal diagnoser definierade enligt ICHD-3. Att dessa svårt drabbade huvudvärkspatienter behöver en korrekt diagnos och behandling är en förutsättning för bättre livskvalitet, minska vårdkonsumtion och – kostnader och ffa samhällskostnader till följd av utebliven arbetsförmåga (sjukskrivning eller sjuknärvaro med sämre arbetsprestation). När primärvården efter initial bedömning och behandling finner att 1.) diagnosen är oklar, 2.) primär behandling ger otillräcklig effekt ska patienterna remitteras till specialist.

Vår bedömning är att 80 % av Sveriges huvudvärkspatienters vårdbehov kan tillgodoses inom primärvården om man fullföljer de riktlinjer ”Behandlingsplan för migrän vid första linjens sjukvård” som utarbetats via Svenska Huvudvärkssällskapet. Övriga patienter behöver bedömning av neurolog/huvudvärksspecialist vilket ska kunna tillgodoses inom landets alla neurologmottagningar eller huvudvärksspecialistmottagningar. 3-5 % av huvudvärkspatienterna bedöms vara så pass komplicerade att de kan behöva akut bedömning ineliggande på sjukhusen alt second opinion på specialiserad enhet. Här rekommenderas möjlighet till multidisciplinärt omhändertagande (gärna huvudvärkssjuksköterskor (HV-ssk), HV-intresserade sjukgymnaster, gärna samarbete med smärtläkare/psykiater, mm). Alla sjukvårdsregioner i landet bör inneha denna kompetens med tanke på sjukdomens vanlighet. Någon procent av alla huvudvärkspatienter kommer trots detta vara så svårt drabbade att second opinion för ovanliga åtgärder (ex operativa ingrepp ex SPG-behandling, ONS, DBS) och behöva remitteras till specialiserad huvudvärksenhet, s.k. tertiär enhet (1-2 nationella specialitetsenheter exempelvis) för bedömning. Möjlighet till multidisciplinärt omhändertagande är här viktigt (HV ssk, sjukgymnaster, samarbete med smärtläkare/psykiater, neurokirurger mm) . Vi ser också ett behov av nationellt forum för diskussion/stöd i handläggningen av de allra mest

komplexerade huvudvärkspatienterna som i en framtid borde kunna hanteras via videolänkade konferenser.



Rekommendationer nivåstrukturerad huvudvärksvård – steg 1-4:

- 1. Primärt omhändertagande inom primärvården** – ”Behandlingsplan för migrän vid första linjens sjukvård” ska följas innan remiss till specialist.
 - Även diagnosen spänningshuvudvärk handläggs via primärvården – remiss om diagnosen är oklar eller flera huvudvärksvarianter.
 - Misstanke om sekundär huvudvärk: 1.) ej akut utredning sker primärt via primärvården, 2.) akut insjuknande med misstanke om allvarlig genes – remiss till akutmottagning, 3.) oklar diagnos trots primär utredning – remiss till specialist
- 2. Remiss till neurologspecialist eller huvudvärksintresserad läkare i regionen.**
 - Säkerställa att diagnosen är riktig – ev. ytterligare utredningar?
 - Prova mer avancerade behandlingar eller kombination av flera koncept:
 - Andra tablettbehandlingar kan prövas se riktlinjer www.huvudvarkssallskapet.se
 - Vid kronisk migrän: ev. Botox-injektioner enligt PREEMPT schema eller CGRP-antikroppsbehandling
 - Fysioterapeutiska behandlingar/stresshantering/fysisk träning mm
- 3. Remiss till specialiserad multidisciplinär huvudvärksenhet inom regionen**
 - Säkerställa att diagnosen är riktig – ev. ytterligare utredningar?
 - Omvärdera behandlingar – prova ev. ytterligare behandlingsalternativ
 - Indometacin-test, licenspreparat, ev. andra icke prövade läkemedelsbehandlingar, administrera syrgasbehandlingar mm
 - Blockader (ex occipitalisblockader eller blockad mot ganglion sphenopalatinum)
 - Neuromodulatoriska behandlingar (ex Cefaly)

iv. Fysioterapeutiska behandlingar/stresshantering/fysisk träning mm

4. Remiss till multidisciplinär tertiär huvudvärksenhet:

- a. Bedömning av behandlingsresistenta patienter med primär huvudvärksdiagnos för ställningstagande till ev. invasiv åtgärd (SPG-beh., ONS, DBS mm)
- b. Nationella behandlingskonferenser kring de svåraste patientfallen för diskussion av handläggande
- c. Second-opinion bedömningar.

Referenser:

Global Burden of Disease Study 2015, Lancet 2016, 388, 10053:1545-1602

Dahlöf 2001, Cephalalgia 2001, 21-664-671

Lipton et al, Neurology. 2007;68(5):343-349

Natoli et al. Cephalalgia 2010;30:599–609.

Linde M and Dahlöf C, Cephalalgia 2004;24:455-65

Recommendations for headache service organization and delivery in Europe. J Headache Pain (2011) 12:419–426