

# HVA KAN VI LÆRE AV ORTOPEDIEN I BEHANDLING AV HODEPINE?

Tekst: Martin Herneblad-Due, kiropraktor med MSc i hodepine og Ole Kristoffer Larsen, kiropraktor og senior fagrådgiver i Norsk Kiropraktorforening

MAI 2026

**Vi har aldri hatt bedre medisiner. Likevel ser vi ingen reduksjon i sykdomsbyrden – snarere tvert imot. Pasientene med hodepine blir ikke færre, mange blir heller ikke bedre. Når behandlingen finnes, men problemet består, er spørsmålet kanskje ikke hva vi gjør, men hvor vi begynner.**

Tallene er dystre. Ny forskning viser at nær halvparten av befolkningen opplever spenningshodepine, og at én av fem voksne nordmenn rammes av migrene hvert år. Medisin-overforbrukshodepine er langt vanligere enn tidligere antatt. Ikke fordi situasjonen eskalerer, men fordi vi nå måler gjennom oppdaterte metoder som kartlegger bedre. Det betyr at vi i en årrekke har undervurdert omfanget. Oslo Economics har anslått kostnadene til rundt 53 milliarder kroner i helsetap og tapt produktivitet i Norge hvert år. Hodepine er ikke et marginalt problem. Det er ett av de store, vedvarende folkehelseproblemene.

## **Effektive medisiner – uten ønsket samfunns effekt**

Det som gjør situasjonen særlig påfallende, er at hodepine er blant de sykdomsområdene der farmakologisk utvikling har

kommet lengst. Vi har triptaner, CGRP-antistoffer og gepanter – flere og bedre medisiner enn noen gang, som er spesifikt utviklet for migrene. Ingen annen nevrologisk smertetilstand har et tilsvarende arsenal. Likevel ser vi ingen tydelig reduksjon i

Mange får aldri et reelt tilbud om forebyggende behandling. Medisinene er effektive, de kan dempe anfall og redusere frekvensen, men de påvirker i liten grad de forholdene som avgjør hvor lett anfall utløses i utgangspunktet.

***Farmakologisk behandling har aldri vært ment som den eneste tilnærmingen, likevel er det ofte der behandlingsforløpet begynner***

sykdomsbyrden. Så hva gjør vi feil?

## **Legger pasienten rett på operasjonsbordet**

Når pasienter oppsøker lege med hodepine, vil konsultasjonen typisk ha som mål å utelukke alvorlig underliggende sykdom, stille en diagnose og gi råd om akutt behandling.

I ortopedisk medisin er det etablert praksis at konservativ behandling forsøkes systematisk før kirurgiske inngrep vurderes. Pasienten utredes grundig, får strukturert oppfølging over tid, og først når dette ikke gir tilstrekkelig effekt, eskaleres tiltakene. De minst inngripende og best tolererte tiltakene prøves først, effekten dokumenteres, og behandlingen tilpasses underveis.

Denne praksisen ser vi dessverre for sjeldent i hodepine-behandlingen. Forskning viser at norske migrenepasienter oftere får anfallsmedisin enn råd om forebygging. Bare 40% av de som brukte migrenemedisiner på resept hadde noen gang fått forebyggende behandling. Det er urovekkende når vi vet at overbruk av triptaner er utbredt. Én av tre fastleger brukte hodepinedagbok systematisk i konsultasjonene. Pasienter går altså ofte ut av legekantoret med en resept, men uten en plan for å hindre neste anfall.

I tillegg mangler det ofte koordinerte tverrfaglige strukturer. Pasienter med tilbakevendende hodepine kan bevege seg mellom fastlege, legevakt, nevrolog, fysioterapeut, kiropraktor, psykolog og egenbehandling, uten at noen tar ansvar for helhetlig koordinering. Det gir mange tiltak, men ikke nødvendigvis et samlet forløp.

Kan det tenkes at vi håndterer hodepine annerledes fordi det i

## ***Fysisk aktivitet kan ha like god forebyggende effekt som enkelte legemidler – uten resept og uten bivirkninger***

utgangspunktet oppleves som mindre alvorlig? Til sammenligning er det stor forskjell på å skrive ut et medikament og å henvise til kirurgi.

### **Glemmer det grunnleggende**

Ikke alle med migrene får like hyppige anfall - og det er ikke tilfeldig. Hjernen har en terskel for når et anfall utløses, og den terskelen er dynamisk. Den påvirkes av søvn, stress, fysisk aktivitet, hormonelle svingninger og kosthold. Jo bedre rutiner, jo mer tåler kroppen før anfallet kommer.

Med gode rutiner vil man kunne heve migreneterskelen og hjelpe pasientene til færre og mildere anfall. Forskning viser blant annet livstiltak som fysisk aktivitet alene kan gi like god forebyggende effekt som enkelte legemidler – uten resept og uten bivirkninger.

Det beste er å iverksette tiltak før plagene eskalerer. Pasienten med færre enn fire migrenedager per måned er sjelden høyt prioritert – anfallene oppleves som

## ***Pasienter går ofte ut av legekantoret med en resept, men uten en plan for å hindre neste anfall***

håndterbare. Men det er nettopp her mulighetsvinduet er størst. Overgangen til kronisk migrene drives av risikofaktorer vi kan påvirke: dårlig søvn, stress, fysisk inaktivitet og hyppig bruk av anfallsmedisiner. Å snu et forløp på vei i feil retning er langt enklere enn å reversere kronisk migrene – en tilstand som er sterkt invalidiserende og den mest kostbare hodepinediagnosen for samfunnet.

Ikke-medisinske tiltak bør derfor prioriteres tidlig, og danne et fundament. Medisiner, både til anfall og som forebygging, er en viktig del av behandlingen. De virker best når grunnlaget er lagt, og rekkefølgen er ikke likegyldig.

Det tydeligste eksempelet på hva som skjer når dette grunnlaget mangler, er medisinoverforbruks-hodepine; når akuttmedikasjon brukes hyppig, kan behandlingen i seg selv bidra til å opprettholde hodepinen. Ikke som feilbehandling i enkelttilfeller, men som et mønster der vi lindrer dagens anfall uten å redusere risikoen for det neste.

En god hodepinevurdering krever tid: diagnostisk avklaring, gjennomgang av medikamentbruk, kartlegging av søvn og stress, og en realistisk tiltaksplan. Det mangler dessuten koordinerte tverrfaglige strukturer. Pasienter med tilbakevendende hodepine beveger seg mellom fastlege, nevrolog, fysioterapeut, kiropraktor og psykolog – uten at noen holder i helheten.

## **Må begynne i den andre enden**

En strukturert hodepine-gjennomgang tilsvarende en rehabiliteringsvurdering i ortopedien, bør være et naturlig startpunkt. Den bør inkludere diagnoseklargjøring, kartlegging av terskelfaktorer som søvn, stress og livsstilsfaktorer, gjennomgang av medikamentbruk og overforbruksrisiko, og en individuell plan med oppfølging.

For at dette skal skje i praksis, trengs to strukturelle grep. Det første er en strukturert hodepinekonsultasjon i primærhelsetjenesten med tilstrekkelig tid og refusjon.

Det andre handler om kompetanse. Verdens Helse-organisasjon har slått fast at manglende hodepinekunnskap

# *Ikke-medisinske tiltak må være fundamentet. Medisiner virker best når grunnlaget er lagt. Rekkefølgen er ikke likegyldig*

blant helsepersonell er den viktigste enkeltbarrieren for bedre hodepineomsorg på verdensbasis. Det gjelder ikke bare i lavinntektsland – norske fastlegers kunnskap om forebygging og medisin-overbruk er dokumentert mangelfull. Fastleger, nevrologer, kiropraktorer, fysioterapeuter og psykologer møter hodepinepasienter daglig, men uten felles organisering og koordinert oppfølging. Kompetanse og samarbeid må på plass – ikke som et tillegg, men som en forutsetning.

## **Fundamentet må på plass**

Ikke-medisinske tiltak må være fundamentet. De hever terskelen for anfall, bremser veien mot kronisk migrene og gjør at medisiner – når de brukes – virker under best mulige forutsetninger.

Tiltakene må settes inn før plagene har blitt kroniske og vanskeligere å snu.

Det krever også at primærhelsetjenesten får rammene som gjør det mulig gjennom tid til gode samtaler, kompetanse til å veilede og strukturer som sikrer koordinert oppfølging.

Gevinsten er betydelig – for den enkelte pasient og for samfunnet som helhet. Bedre funksjon, økt livskvalitet, lavere sykdomsbyrde og en helsetjeneste som ikke bare demper hodepinen, men faktisk reduserer den.

Vi har medisinerne, kunnskapen og forskningen. Det vi mangler er systemet som setter det sammen i riktig rekkefølge – og setter det inn tidlig nok.

# Kilder:

Oslo Economics. Migrene i et samfunnsperspektiv. Rapport på oppdrag fra Novartis Norge AS. Oslo: Oslo Economics; 2020.

Argren MB, Engstrand H, Husøy AK, Kristoffersen ES, Toft M, Pripp AH, Zwart JA, Winsvold BS. Prevalence of headache disorders in Norway: results from the population based PopHEAD study. *J Headache Pain*. 2025;26(1):271. doi:10.1186/s10194-025-02216-8

Argren MB, Engstrand H, Husøy AK, Zwart JA, Winsvold BS. The PopHEAD study: a population-based, cross-sectional study on headache burden in Norway: methods and validation of questionnaire-based diagnoses. *J Headache Pain*. 2024;25(1):201. doi:10.1186/s10194-024-01901-4

Hagen K, Åsberg AN, Linde M, Stovner LJ, Zwart JA. Time trends of major headache diagnoses and predictive factors: data from three Nord-Trøndelag health surveys. *J Headache Pain*. 2020;21(1):24. doi:10.1186/s10194-020-01095-5

Stubberud A, Borkenhagen S, Oteiza F, Dueland AN, Bugge C, Sæther EM, et al. Patterns of migraine medication use in Norway: a nationwide registry-based observational study. *Cephalalgia*. 2024;44(8):3331024241268212. doi:10.1177/03331024241268212

Kristoffersen ES, Faiz KW, Hansen JM, Tronvik EA, Frich JC, Lundqvist C, Winsvold BS. The management and clinical knowledge of headache disorders among general practitioners in Norway: a questionnaire survey. *J Headache Pain*. 2021;22(1):136. doi:10.1186/s10194-021-01350-3

Varkey E, Cider Å, Carlsson J, Linde M. Exercise as migraine prophylaxis: a randomized study using relaxation and topiramate as controls. *Cephalalgia*. 2011;31(14):1428–38. doi:10.1177/0333102411419681

Steiner TJ, Jensen R, Katsarava Z, Stovner LJ, Uluduz D, Adarmouch L, et al. Structured headache services as the solution to the ill-health burden of headache: 1. Rationale and description. *J Headache Pain*. 2021;22(1):78. doi:10.1186/s10194-021-01265-z

Nationalt Videnscenter for Hovedpine. National klinisk retningslinje for ikke-medicinsk behandling af hovedpinesygdomme. København: Sundhedsstyrelsen; marts 2021. Tilgjengelig fra: <https://videnscenterforhovedpine.dk/national-klinisk-retningslinje>