

# Fysioterapeuters behandling og udredning af hovedpine



Praktiserende fysioterapeuters viden om udredning og håndtering af hovedpinesygdomme er mangelfuld. Det viser svarene fra en spørgeskemaundersøgelse.

AF DITTE ULRIK ROSENBERG



DITTE ULRIK ROSENBERG

Ansæt på Smerte- og hovedpineklinikken på Aarhus Universitetshospital siden 2016 og har tilknytning til Fysioterapiuddannelsen i Aarhus. Har en diplomuddannelse i muskuloskeletal fysioterapi.

**HOVEDPINESYGDOMME ER SKYLD** i ca. 20 % af sygefraværet i Danmark og er en betydelig samfundsøkonomisk omkostning <sup>1</sup>. Hovedpine har store konsekvenser for den sygdomsramte i form af tabt arbejdsfortjeneste og nedsat livskvalitet <sup>1</sup>. Hovedpine inddeles i primære og sekundære hovedpinesygdomme, hvor de primære hovedpineformer opstår uden anden påviselig sygdom, mens de sekundære opstår sekundært som følge af andre tilstande f.eks. hovedskader, blødning i hjernen eller overforbrug af medicin <sup>1</sup>. De hyppigste primære hovedpinesygdomme er migræne og spændingshovedpine, mens hovedpine som følge af medicinoverforbrug (MOH) er den hyppigste sekundære hovedpineform <sup>1</sup>. I den almene befolkning lider ca. 2-3 % af en sekundær hovedpine <sup>2</sup>.

De fleste personer med hovedpine udredes og behandles hos den praktiserende læge, der kan henvise patienterne til fysioterapi. Antallet af disse henvisninger kendes ikke. 21 % ud af 2773 patienter henvist til fysioterapi under speciale 51 har nakke-

besvær, og af disse angiver 35 %, at de har hovedpine <sup>3</sup>.

Nogle patienter henvender sig direkte til fysioterapeuter uden en henvisning fra lægen, hvilket stiller krav til, at fysioterapeuterne:

- sender patienterne retur til lægen, hvis patienterne har en kompleks hovedpine eller ikke er tilstrækkelig udredt <sup>1</sup>,
- kommunikerer med lægen ved længerevarende og komplekse hovedpineformer, og når de kliniske fund indikerer alvorlig patologi. Dette med henblik på vurdering om patienten bør henvises til praktiserende neurolog, sygehus eller et kommunalt tilbud <sup>2,5</sup>,
- vurderer, når førnævnte er på plads, om og i hvilket omfang muskuloskeletale forhold kan have indflydelse på hovedpinen og iværksætter non-farmakologisk behandling, som er i tråd med retningslinjerne for håndtering af hovedpine.

Fysioterapeuter forventes at kunne klassificere patientens hovedpine, skelne mellem alvorlig og ikke-alvorlig patologi (triage) samt at kunne vurdere kompleksitetsgraden og patientens funktionsevne. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at alle sundheds-

Fysioterapeut, ph.d.  
Bjarne Rittig-Rasmussen  
er vejleder på omtalte  
undersøgelse og artiklen.

Se interviewet, hvor han  
opfordrer fysioterapeuter til  
at skaffe sig mere viden om  
udredning og behandling af  
hovedpine, på side 34

# Fem forskellige hovedpineformer

Her præsenteres de kliniske karakteristiske og diagnostiske kriterier for fem almindeligt forekommende hovedpineformer.

## PRIMÆRE HOVEDPINEFORMER



### Spændingshovedpine

1. Hovedpine, der varer fra 30 minutter til 7 dage – kan dog være til stede hele tiden i den kroniske form.
2. Anfaldshyppighed varierer fra < 1 dag/måned (sporadisk episodisk spændingshovedpine) til > 15 dage/måned ved kronisk spændingshovedpine.
3. Hovedpinen har mindst to af følgende karakteristika:
  - Bilateral lokalisation
  - Pressende/strammende (ikke-pulserende) karakter
  - Mild eller moderat intensitet
  - Ingen forværring ved rutinemæssig fysisk aktivitet som f.eks. at gå op ad trapper
  - Hverken kvalme eller opkastning
  - Højest ét af følgende: fotofobi eller fonofobi



### Migræne

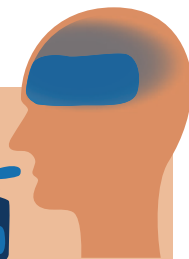
1. Hovedpine varende 4-72 timer, ubehandlet eller behandlet uden held
2. Hovedpinen har mindst to af følgende karakteristika:
  - Unilateral lokalisation
  - Pulserende karakter
  - Moderat eller stærk intensitet
  - Forværring ved rutinemæssig fysisk aktivitet som f.eks. at gå på trapper
3. Under hovedpinen ses mindst én af følgende:
  - Kvalme og/eller opkastning
  - Lyd- og lysfølsomhed



### Klyngehovedpine

1. Varighed 15-180 minutter ubehandlet
2. Stærk unilateral orbital, supra-orbital og/eller temporal smerte
3. Hovedpinen ledsages af mindst ét af følgende samsidige symptomer:
  - Rødt øje og/eller tåreflåd
  - Nasalstenose og/eller næseflåd
  - Øjenlægsødem
  - Pande- og ansigtssved
  - Konstriktion af pupillen og/eller hængende øjenlåg
4. Følelse af rastløshed og agitation.

## SEKUNDÆRE HOVEDPINEFORMER



### Medicinoverforbrugs-hovedpine

Hovedpinen kan udvikles hos patienter, der har spændingshovedpine og migræne.

1. Hovedpine, der er tilstede 15 dage eller flere per måned.
2. ≥ 15 dage/måned  
Regelmæssigt overforbrug i > 3 måneder af et eller flere af følgende medicin, som tages for akut og/eller symptomatisk behandling af hovedpine
  - Ergotaminer, triptaner, opioider eller kombinationsanalgetika ≥ 10 dage/måned
  - Simple analgetika eller en kombination af ergotaminer, triptaner eller opioider i > 15 dage/måned
  - Hovedpine er udviklet eller markant forværret under medicinforbruget



### Cervikogen hovedpine

Hovedpine forårsaget af en sygdom eller skade fra strukturer i den cervikale rygsøjle og de tilhørende bløddelselementer. Normalt, men ikke altid, ledsaget af nakkesmerter.

1. Enhver hovedpine, der opfylder kriterie 2
2. Kliniske, laboratorie- og/eller billeddiagnostiske fund af sygdomme eller skader på cervical columna eller bløddele i nakken, som vides, eller generelt accepteres at være årsag til hovedpinen.
3. Bevis på årsagssammenhæng demonstreret af mindst to af følgende:
  - Hovedpinen har udviklet sig i tidsmæssig sammenhæng med udviklingen af den cervikale dysfunktion eller skade
  - Hovedpinen er signifikant forbedret eller forsvundet parallelt med bedring af den cervikale dysfunktion eller skade
  - Cervikal bevægelighed er reduceret, og hovedpinen forværres signifikant ved provokationsmanøvre
  - Hovedpinen forsvinder efter diagnostisk blokade
4. Kan ikke forklares bedre ud fra en anden ICHD-3 diagnose



➤ professionelle, heriblandt fysioterapeuter, anvender validerede diagnostiske kriterier, når de stiller en hovedpinediagnose <sup>1</sup>.

### Den non-farmakologiske behandling

Udredning og behandling af hovedpine kræver specialviden. Hvor meget og hvor detaljeret viden fysioterapeuter har fået om hovedpine på grunduddannelsen, er ukendt. Det antages, at emnet indgår i forbindelse med undervisningen i neurologisk patologi og smertevidenskab. I efteruddannelsesregi tilbyder flere af de faglige selskaber og andre udbydere kurser, hvor fysioterapeuter lærer at undersøge og behandle hovedpine. Ofte vægtes den nakkerelaterede cervikogene hovedpine højt i efteruddannelsen, selvom denne type af hovedpine er sjælden.

The European Federation of the Neurological Societies (EFNS) anbefaler, at non-farmakologisk behandling altid bør overvejes, selvom det videnskabelige grundlag for behandlingen er begrænset <sup>4</sup>. For nuværende findes der ikke non-farmakologiske guidelines for behandling af patienter med hovedpine. Den non-farmakologiske behandling kan eksempelvis bestå af patientuddannelse, fysisk træning, afspændingsteknikker, akupunktur og manuel terapi <sup>7-10</sup>.

The International Headache Society (IHS) anbefaler, at de primære effektmål for behandlingen af hovedpine er en positiv påvirkning af frekvens, varighed og intensitet af hovedpinen <sup>6</sup>. Disse effektmål kan ikke stå alene, så effektmål, som måler livskvalitet og funktionsevne, bør inddrages ved længerevarende og komplekse hovedpiner <sup>7</sup>.

### Undersøgelse af fysioterapeuters viden

Som praktiserende fysioterapeut har jeg i flere år haft interesse for behandling af hovedpine. I min efteruddannelse i muskuloskeletal fysioterapi var det primært den cervikogene hovedpine, der var i fokus. Stor var min undren derfor, da jeg senere blev ansat på Smerte- og hovedpineklinikken på Aarhus Universitetshospital og erfarede, at den cervikogene hovedpine i virkeligheden anses for sjælden, svær at validere og en sekundær hovedpinetype. Således blev erfaringen fra grund- og efteruddannelse og ny viden om undersøgelse, kategorisering og behandling af hovedpine afsættet for en undersøgelse af fysioterapeuters viden om hovedpine i praksissektoren, der ser flest af denne type af patienter.

Fra oktober 2016 til november 2017 gennemførte jeg, med Bjarne Rittig-Rasmussen som vejleder, projektet 'Kvalitetssikring af be-

handling til patienter med hovedpine i fysioterapipraksis' i samarbejde med fysioterapeutstuderende fra VIA University College, Aarhus og støttet økonomisk af Fysioterapipraksisfonden. Projektets formål var at undersøge og belyse fysioterapeuters udredning og behandling af hovedpine ved hjælp af tre spørgsmål:

1. Anvendes de diagnostiske- og differentialdiagnostiske kriterier samt hovedpineklassifikationen fra The International Headache Society (IHS)?
2. Hvordan prioriteres der i forbindelse med anamnese og undersøgelse?
3. Hvilke interventioner og hvilke effektmål anvendes?

Projektet blev indledt med to fokusgruppe-interviews, der skulle give et indblik i fysioterapeuters viden om hovedpine, deres kliniske udredning og valg af interventioner. Denne viden blev sammen med eksisterende litteratur om hovedpine brugt til at udarbejde et internetbaseret spørgeskema <sup>8</sup>. Spørgeskemaet blev sendt til 508 fysioterapeuter registreret med ydernummer. 192 valgte at deltage i undersøgelsen, men kun 101 fuldførte besvarelsen.

Med spørgeskemaet blev der spurgt ind til fysioterapeuters anvendelse af diagnostiske- og differentialdiagnostiske kriterier, og om de i deres udredning og behandling skelnede mellem de forskellige typer af hovedpine. Svarede de ja, blev de ført direkte videre til klassifikationsspørgsmål, og svarede de nej, fik de ikke spørgsmål vedrørende klassifikation. I klassifikationsspørgsmålene blev de bedt om at kategorisere de forskellige hovedpinetyper i primære og sekundære (TABEL 1) og gøre rede for, hvilke karakteristika, der passede på den givne hovedpinetype (se resultater i TABEL 2). Fysioterapeuternes viden om differentialdiagnostik blev belyst med spørgsmål om medicinforbrug, røde flag og anvendelse af neurologiske og/eller muskuloskeletale test.

I forbindelse med spørgsmål om anamnese og undersøgelse blev deltagerne bedt om at procentangive deres kliniske vægtning af anamnese, objektive test og parakliniske undersøgelser, hvilket samlet skulle give en score på 100 % (TABEL 3). I forbindelse med spørgsmål om valg af interventioner til de forskellige typer af hovedpine skulle deltagerne besvare, om de aldrig, sjældent, somme tider, ofte eller altid tilbød: patientinddragelse, patientundervisning, ergonomi, aerob træning, styrketræning, stabilitetstræning, manuelle teknikker, akupunktur og el-terapi. Ligeledes skulle deltagerne angive, hvilket effektmål, de benyttede i behandlings-

forløbet, f.eks. intensitet, frekvens og funktionsrelateret mål som patientspecifik funktionel status. Det komplette spørgeskema kan downloades fra [fysio.dk/undersoegelse-hovedpine](http://fysio.dk/undersoegelse-hovedpine)

## Svar og resultater

### KLASSIFIKATION, DIAGNOSTIK OG DIFFERENTIALDIAGNOSTIK

96 % af respondenterne svarede 'ja' til, at de skelnede mellem de forskellige typer af hovedpine og dermed anvendte diagnostiske- og differentialdiagnostiske kriterier. ➡➡➡

**TABEL 1.** Procentvis korrekte svar med hensyn til om deltagerne mente, der var tale om en primær eller sekundær hovedpine. Tallene med fed markering viser de korrekte svar.

	Primær	Sekundær	Ved ikke
Migræne	<b>86 %</b>	11 %	3 %
Cervikogen hovedpine	45 %	<b>49 %</b>	6 %
Spændingshovedpine	<b>52 %</b>	47 %	1 %
Klyngehovedpine	<b>82 %</b>	10 %	8 %
Medicinoverforbrugshovedpine (MOH)	16 %	<b>76 %</b>	8 %
Hovedpine eller ansigtssmerter i relation til ekstrakranielle lidelser	19 %	<b>71 %</b>	10 %
Andre hovedpineformer uden strukturelle læsioner	30 %	<b>46 %</b>	24 %
Hovedpine associeret med intrakranielle sygdomme	31 %	<b>59 %</b>	10 %
Hovedpine associeret med systemiske infektioner	5 %	<b>83 %</b>	12 %

**TABEL 2.** Procentvis korrekte svar for karakteristika af given type hovedpine. Korrekte svar er markeret med fed.

	Spændingshovedpine	Migræne	Klynge	MOH	Cervikogen	Ved ikke
Episodisk (timer til dage) eller kronisk (> 15 dage pr. måned i mere end 3 måneder)	<b>52 %</b>	13 %	12 %	7 %	5 %	11 %
Anfaldslignende episoder (4-72 timer). Hyppighed (1-2 pr. uge/måned/år)	7 %	<b>76 %</b>	5 %	0 %	1 %	8 %
Kortvarige anfald (typisk 30-60 minutter). Tilbagevendende anfald (i perioder på 6-12 uger), en eller flere gange dagligt, ofte om natten	9 %	3 %	<b>51 %</b>	1 %	13 %	23 %
Stigende hyppighed, som medfører kronisk daglig hovedpine. Er forbundet med brug af smertestillende mere end 10 dage pr. måned	12 %	2 %	0 %	<b>73 %</b>	4 %	9 %
Hovedpine, som kan provokeres ved nakke-bevægelser eller palpation af bløddelstrukturer i nakken	18 %	0 %	0 %	0 %	<b>81 %</b>	1 %
Føles som et stramt bånd om hovedet eller lokaliseret til pande eller nakke. Smerteintensitet: Let til moderat	<b>76 %</b>	0 %	4 %	3 %	14 %	3 %
Oftest unilateral og pulserende. Ofte kvalme/opkast, lyd- og lysfølsomhed. Smerteintensitet: Moderat til svær	3 %	<b>92 %</b>	1 %	0 %	3 %	1 %
Opleves som en stærk ensidig smerte, lokaliseret omkring øjet. Rødt, rindende øje og/eller tilstoppet næse, evt. konstriktion af pupil eller hængende	1 %	5 %	<b>69 %</b>	5 %	1 %	19 %
Unilaterale og lokaliserede nakkesmerter ev.t. med udstråling mod tinding-, pande- og øjenregion	14 %	7 %	2 %	2 %	<b>67 %</b>	5 %
Hyppigst forekomst hos mænd	13 %	1 %	<b>51 %</b>	2 %	10 %	23 %
Hyppigst forekomst hos kvinder	23 %	<b>61 %</b>	1 %	0 %	2 %	13 %

## FAKTABOKS over udførte test.

**69 % udførte neurologiske test**, og de fem mest brugte var: Refleks, kraft, sensorisk undersøgelse, syn og neurodynamiske test.

**96 % udførte muskuloskeletale test**, og de fem mest brugte var: Aktiv og passiv bevægelighedsundersøgelse af nakken, palpation, cranio-cervical fleksions-test, muskelundersøgelse, stabilitetstest.

**94 % spurgte ind til 'røde flag'**, og de 6 mest brugte var: Nylig hovedtraume, uforklarligt vægttab, svimmelhed, kvalme, tidligere og nyligt diagnosticeret med kræft, neurologiske udfald.

**TABEL 3.** Prioritering og vægtning af anamnese og undersøgelse.

	Vægtning
Anamnese	55 %
Objektiv undersøgelse	37 %
Parakliniske test	8 %

**TABEL 4.** Brug af effektmål til monitorering af behandlingen.

Svarmuligheder	Antal deltagere	Svarprocent
VAS/ NRS (intensitet)	89	88 %
Frekvens af hovedpine	95	94 %
Varighed af hovedpine	83	82 %
Hovedpinekalender	44	43 %
Diagnostisk hovedpinedagbog	23	22 %
Patient Specifik Funktionel Skala (PSFS)	43	42 %
Anden målemetode	10	9 %

➤ 86 % vidste, at migræne er en primær hovedpinesygdom, 49 % vidste, at cervikogen hovedpine er en sekundær hovedpinesygdom, og 52 % vidste, at spændingshovedpine er en primær hovedpinesygdom (TABEL 1). Svarene på spørgsmål om diagnostik og differentialdiagnostik fremgår af TABEL 2.

### ANAMNESE OG UNDERSØGELSE

Af faktaboksen fremgår, hvor mange der bruger muskuloskeletale- og neurologiske test samt hvilke, og hvor mange, der spørger ind til røde flag. Respondenterne vurderede at anamnesen var af 55 % vigtighed, objektive test af 37 % vigtighed og parakliniske test af 8 % vigtighed (TABEL 3).

### INTERVENTIONER OG EFFEKT MÅL

Patientinddragelse- og uddannelse blev benyttet af størstedelen af respondenterne. Manuel terapi blev brugt af næsten dobbelt så mange deltagere i forhold til aerob træning og af tre gange så mange deltagere i forhold til akupunktur uanset hovedpinetype. Aerob træning blev benyttet 'ofte' og 'altid' af i alt 48 deltagere til patienter med spændingshovedpine og 'ofte' og 'altid' af 42 deltagere til patienter med cervikogen hovedpine sammenlignet med kun 25 deltagere, der 'ofte' og 'altid' benyttede interventionen til patienter med migræne. Akupunktur og el-terapi var de interventioner, der blev brugt af færrest respondenter uanset hovedpinetype. Benyttede effektmål var: frekvens, varighed og intensitet hos størstedelen af deltagerne, mens funktionsrelaterede effektmål som f.eks. 'Patient Specifik Funktionel Skala' kun blev anvendt af ca. 40 %.

### Diskussion

Denne undersøgelse belyser en lille gruppe af privatpraktiserende fysioterapeuters håndtering af patienter med hovedpine. Hovedparten af disse tilstræber at klassificere patientens hovedpine, men kun mellem 50-85 % svarer korrekt, når der skal skelnes mellem primær og sekundær hovedpine. Mellem 50-85 % genkender de kliniske karakteristika for den enkelte type af hovedpine.

Anamnesen vægtes meget lavt, og kliniske test vægtes højt af respondenterne, hvilket ikke er i overensstemmelse med de eksisterende anbefalinger om, at anamnesen er altafgørende i diagnostikken af alle primære hovedpine-tilstande samt medicinoverforbrugshovedpine<sup>9</sup>. Undersøgelsen afspejler en generel tilgang til den neurologiske undersøgelse og vurdering af røde flag. Et stærkere fokus på centralt betingede neurologiske årsager i undersøgelsen af patienterne vil være mere i tråd med anbefalingerne for udredning af hovedpinesygdomme. Flere studier og guidelines<sup>9</sup> understreger, at anamnesen er af største vigtighed, da der ikke findes sikre kliniske test til diagnosticering af hovedpinesygdomme<sup>10</sup>. Deltagernes vægtning af test kunne antyde en overvejende biomekanisk tilgang til hovedpine. Fremadrettet kunne det være hen-



sigtsmæssigt, at fysioterapeuter vægter anamnesen højere og de objektive test lavere.

Patientinddragelse og patientuddannelse blev tilbudt af størstedelen af deltagerne til alle typer af hovedpine. Manuelle teknikker blev brugt oftere end både fysisk træning og akupunktur til både patienter med spændingshovedpine og migræne, selvom det modsatte er anbefalet<sup>7,8,10</sup>. Akupunktur og elterapi blev brugt af færrest deltagere uanset hovedpinetype. Funktionsrelaterede effektmål i denne undersøgelse var meget lavt prioriteret, hvilket er overraskende, da fysioterapi vanligt har fokus på livskvalitet og funktionsevne.

Tidlig og sikker diagnostik kræver, at sundhedsprofessionelle benytter standardiserede diagnostiske værktøjer, hvilket vi ikke fandt tegn på i denne undersøgelse<sup>1</sup>. Alle, der udreder og behandler hovedpine, bør efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger løbende opdateres på nyeste viden om hovedpinesygdomme med henblik på at sikre kvaliteten af behandlingen<sup>1</sup>.

Resultaterne i denne undersøgelse peger på manglende viden hos en stor del af de fysioterapeuter, der besvarede spørgeskemaet. Samtidig tyder det på, at undervisning i hovedpinesygdomme burde prioriteres højere på uddannelsesinstitutionerne, da kommende fysioterapeuter kommer til at møde et betragteligt antal patienter med hovedpine, både i primær- og sekundærsektoren. En af respondenterne nævner i besvarelsen, at der ingen undervisning i hovedpine var på grunduddannelsen, og andre nævner, at undervisningen ikke var fyldestgørende nok. En af de bachelorgrupper, der var med til at gennemføre projektet i forbindelse med deres afsluttende bacheloropgave, nævner i deres perspektivering, at respondenterne i fokusgruppe-interviewene havde tilegnet deres viden om hovedpine i forbindelse med efteruddannelseskurser.

Hvad angår valg af interventioner, er det positivt, at patientinddragelse- og uddannelse bliver tilbudt af størstedelen af deltagerne, da det kan have en terapeutisk effekt i sig selv at tage patientens klager alvorligt<sup>4</sup>. Men hvilke specifikke elementer, der blev lagt vægt på i kommunikationen med patienterne, kunne være interessant at undersøge nærmere. Endvidere ville det være relevant at vide, om fysioterapeuter i anamnesen spørger ind til vedligeholdende faktorer og uregelmæssig livsstil.

Deltagerne i denne undersøgelse brugte manuelle teknikker langt oftere end både aerob træning og akupunktur til spændingshovedpine og migræne, selvom det modsatte er anbefalet<sup>8-10</sup>. Det kan måske tilskrives en biomekanisk årsagsforklarende tilgang til

patientens symptomer, frem for en patoanatomisk smertetype-diagnostik, som indgår i den biopsykosociale kliniske vurdering af den enkelte patients smerteproblematik. Hvad angår effektmål, lægger deltagerne sig op af IHS' anbefalinger ved at vælge frekvens, intensitet og hyppighed af hovedpine, men det kan diskuteres om effektmål, der måler på livskvalitet og funktionsevne<sup>12</sup> ikke bør inddrages oftere, da det vil give en mere detaljeret information om patientens status og interventionernes effekt.

Resultaterne og konklusionerne i denne undersøgelse skal tolkes med et stort forbehold for den lave deltagelses- og svarprocent. Vi kan undre os over, hvorfor kun så få har deltaget og fuldført undersøgelsen. En mulig forklaring kunne være, at praktiserende fysioterapeuter ikke har tiden i dagligdagen, at spørgeskemaet er for krævende eller at svarfristen for udfyldelsen var for kort. Om resultaterne ville se anderledes ud, hvis en større andel fysioterapeuter havde deltaget i undersøgelsen, vides ikke. En umiddelbar antagelse er dog, at de respondenter, der ved mest om området, i højere grad også vil være med i undersøgelsen, og derfor ville resultaterne formentlig ikke se bedre ud, hvis flere havde svaret.

### Perspektivering

Klinisk praksis stiller store krav til faglige kompetencer. Disse skal erhverves via en solid og kompetent undervisning, som starter på bacheloruddannelsen og føres videre igennem kliniske opdaterings- og efteruddannelseskurser. Udredning af patienter med hovedpine forudsætter, som ved andre langvarige smertetilstande, solide kliniske færdigheder. Færdigheder som skal sikre, at patienten får en tidlig og kvalificeret udredning samt sikrer en prioritering af de mest optimale interventioner.

Hvis resultaterne af denne undersøgelse afspejler klinisk praksis, er der brug for, at undervisning i hovedpinesygdomme på uddannelsesinstitutionerne prioriteres højere, og at færdiguddannede fysioterapeuter løbende opdateres på nyeste viden inden for hovedpinesygdomme, sådan som Sundhedsstyrelsen anbefaler det<sup>1</sup>. ◉

☞ Referencelisten er publiceret sammen med den elektroniske version af artiklen på [fysio.dk](http://fysio.dk)

☞ Læs også den nye faglige status om hovedpine, der kan downloades fra [fysio.dk/fagligstatus](http://fysio.dk/fagligstatus)