

• Nr. 1 • februar 2021

MigræneNyt

- **Cannabis og migræne**
- **Godt nyt om forebyggende injektioner mod migræne**
- **Nyt fra forskningen**

Migræne danmark
så får du særlig information



Fysisk eller elektronisk MigræneNyt?

Jeg håber bladet her finder frem til dig i den udgave du ønsker. Bemærk, at du nu kan vælge om du ønsker at få bladet som elektronisk eller fysisk udgave. Får du den fysiske og har du givet os din mailadresse, modtager du også et bonus-link til den elektroniske udgave. Den kan du enten tage som et tegn om at nu kommer det fysiske blad snart, eller du kan gå ind og læse på forskud.

Cannabis og migræne

Cannabis er både kontroversielt og omdiskuteret. I dette nummer forsøger vi at dykke lidt ned i emnet med et åbent sind. Vi håber, at du som læser får et indblik i emnet. Effekten af medicinsk cannabis er jo stadig ikke tilstrækkeligt videnskabeligt dokumenteret, men alligevel er der mange patientberetninger om god effekt på mange forskellige sygdomme. Jeg ved også fra mit arbejde i foreningen, at der er en del migrænepatienter, som har afprøvet det eller aktivt bruger det. Erfaringerne her er også mangfoldige. Nogle oplever en effekt, andre gør ikke.

Lidt nyt fra Migræne danmark

Tak for en god generalforsamling i slutningen af november. Den foregik online med først et indlæg fra Hovedpinecentrets Thien Do, som fortalte om den nyeste viden om migræne og de nyeste og kommende migrænebehandlinger. Herefter var der ordinær generalforsamling som foregik i rigtig hyggelig stemning. Tak til jer som deltog, og tak for opbakningen til vores prioriteter og arbejde.

Det var en meget positiv erfaring at køre generalforsamlingen online. Selvom nogle som var lidt usikre på, hvordan og hvorledes det skulle gøres teknisk, blev det en succes. Fordelen er jo klart, at da Migræne danmark i høj grad er en landsdækkende organisation, så kunne medlemmer fra hele landet deltage. Vi forventer at gentage succesen til næste generalforsamling i april.

Jeg vil ønske jer rigtig god fornøjelse med de mange artikler i vinter-udgaven af MigræneNyt.

Anne Egelund
Formand, Migræne danmark

Migræne danmark har søgt flere puljer til udgivelsen af MigræneNyt. Skulle foreningen mod forventning ikke modtage støtte, sættes antallet af udgivelser ned fra nuværende 4 til 3 om året. I efteråret modtager medlemmer således kun et oktober-november-nummer, hvis ikke støtten opnås (augustnummeret udgår så). Modtages støtten, fortsætter foreningens rutine med 4 udgivelser om året.

MigræneNyt udgives 4 gange om året.

Personligt medlemskab, biblioteker og institutioner: 250 kr.
Unge under 25 år og pensionister: 125 kr.
Familiemedlemskab (alle på adressen): 250 kr.

Kontingentet dækker kalenderåret.

Redaktør: Anne Egelund
migraeneyt@migraeniker.dk

Kontigent opkræves via PBS eller giro. Medlemskabet kan også betales via mobilepay 91134.
Husk at skrive navn, adresse og mail i meddelelsesfeltet.

Migræne danmark's bestyrelse:
Formand Anne Egelund
Næstformand Mille Johnsen
Kasserer Malene Brix Pilegaard
Bestyrelsesmedlem Dorrit Bjerregaard

Layout: MECATUM
Tryk: DegnGrafisk A/S

Indlæg markeret med initialerne AE eller ABO er skrevet af henholdsvis Anne Egelund og Anne Bülow-Olsen. Artikler markeret med MBP er skrevet af Malene Brix Pilegaard.

Forsidebillede: Cannabis - den kontroversielle og myteomspundne plante.

Foto: Pixabay

LEDER	2	Leder
MEDICIN	4	Medicinens vanskelige vej fra en pille til den forventede virkning
	5	Godt nyt om forebyggende injektioner
	6	Bliver de nye mediciner bedre, end dem vi kender?
	7	Levercellernes funktion mht. triptaner
	8	Aimovig kan give øget blodtryk
	8	Endnu en forebyggende medicin i gruppen sammen med Aimovig, Ajovy og Emgality
MOH	9	Måske en forklaring på MOH?
BEHANDLING	9	Grønt lys?
CANNABIS	10	Forsøgsordningen med medicinsk cannabis i Danmark
LIVSSTIL	12	Spis morgenmad, hver dag!
	13	Interview med Pia, som bruger medicinsk cannabis
CANNABIS	14	Medicinsk cannabis - verden over
MEDICIN	16	Tag medicinen tidligt i anfaldet – det giver bedre livskvalitet og mindre MOH!
SOCIAL	17	Referat fra Generalforsamlingen (GF)
LIVSSTIL	18	Planlæg smart og lev sundere
MIGRÆNE	19	Migrænikeres placebo er stor
	20	Covid19, hovedpine/migræne og skole – hvordan klarer vi den kombination bedst?
	20	Migrænikeres hørelse er lidt for god
	21	Hver 4. migræniker har fortsat migræne som pensionist
	22	Migræne vinder en førsteplads i Global Burden of Disease study 2019
	22	Er der forskel på mænds og kvinders migrænetriggere?
	23	Indkaldelse til Online Generalforsamling for Migræne Danmark
BAGSIDEN	24	Migræne og arbejdsliv – et nyt format for foredrag

ÆRLIG INFORMATION

MigræneNyt er Migræne Danmarks medlemsblad. Her får du blandt andet de aller nyeste resultater 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.

Medicinens vanskelige vej fra en pille til den forventede virkning

medicin

Vi tager en pille. Og venter på virkningen. Mens vi venter, sker der en hel masse.

Pillen opløses i mavesækken og glider som opløst ned i tarmen. Her optager celler i tarmvæggen noget af det aktive stof. Der er en række forskellige stoffer i cellevæggen, som afgør, hvor meget af 'vores' medicin der optages i tarmvæggens celler. Her i eksemplet (se den store figur) er en grøn plet med bogstaverne P-pg en transporter, dvs. en af de omkring 400 forskellige 'døre', som kan findes i celle-membranen. Transporteren afgør, om medicinen optages i tarmens og/eller leverens celler.

levercellerne, hvor der er rigeligt med leverenzymmer, som nedbryder medicinen og sender nedbrydningsprodukterne ud i galden.

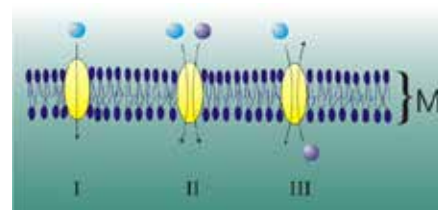
En vellykket behandling bygger i dette eksempel på, at

1. medicinen optages i tarmen og afleveres til blodet
2. der er tilstrækkelige mængder medicin i blodet til at få den ønskede virkning
3. levercellernes P-pg optager overskuddet af medicinen, så vi ikke bliver overdoserede
4. levercellernes enzymer nedbryder medicinen som forventet.

hos flertallet. De seneste år er der også kommet fokus på, om medicinen faktisk kommer ind i tarmvæggens og leverens celler, så den kan blive nedbrudt i samme omfang, som det sker hos flertallet.

For hver enkelt medicin, som vi får tilbudt, er der derfor to faktorer, som spiller ind på om vi får den fulde effekt af medicinen.

Hvis vores leverenzymmer er gennemsnitlige, og transporten af medicin ind i cellerne er som hos flertallet, så får vi god effekt af langt de fleste mediciner. Mens dem af os, som genetisk ikke er helt som gennemsnittet, enten får mange bivirkninger eller får begrænset virkning af medicinen.



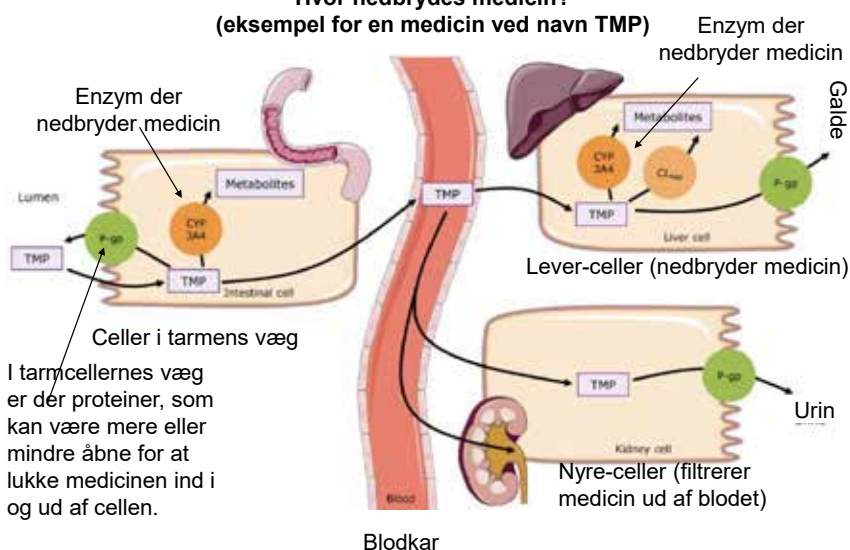
Tarmcellernes og levercellernes vægge har (billedligt talt) omkring 400 forskellige 'døre', som kan være mere eller mindre åbne (markeret med I, II og III i figuren). Hver type dør åbner og lukker for en række mediciner. Men de kan kun gå gennem de døre, som passer til medicinen.

Nogle døre kan både lukke kemiske stoffer ind og ud. M i den lille figur er en cellemembran.

Disse mulige forhindringer i vores nedbrydning af medicinen er årsag til, at nogle mennesker

1. nedbryder en medicin langsomt, og dermed får voldsomme bivirkninger (fordi medicinen ophobes i kroppen).
2. transporterer medicinen ind i cellerne uden problemer og har meget aktive enzymer inde i cellerne. Disse mennesker får ingen

Hvor nedbrydes medicin? (eksempel for en medicin ved navn TMP)



Medicin nedbrydes i tarmen og i leveren af enzymer. Adgangen til cellerne kontrolleres af proteiner i cellevæggen. Efter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7696733/>

I tarmvæggens celler kan der være lever-enzymmer (f.eks. CYP3A4), som nedbryder noget af medicinen. Den del af medicinen, som endnu ikke er nedbrudt, føres fra tarmen over i blodet. Blodet fører medicinen rundt i kroppen og noget af medicinen når frem til det sted, hvor medicinen f.eks. dulmer vores hovedpine.

Resterne af medicinen i blodet kommer før eller siden igennem leveren. Her er der også P-pg (eller en anden af de 400 lignende stoffer) som afgør, om medicinen overhoved kommer ind i

Så der er to helt afgørende faktorer:

- A. optages medicinen som forventet i cellerne i tarm og lever? Og
- B. nedbrydes medicinen som forventet af enzymerne i tarmvæggen og leveren.

Så optagelsen i cellerne er lige så vigtig, som enzymaktiviteten inde i cellerne.

Der er forsket en del i enzymernes virkning, og vi kender de gener, som afgør, om hvert af de mange lever-enzymmer arbejder, ligesom de gør

- eller meget lille virkning, fordi medicinen forsvinder inden den når at virke.
- lukker ikke (ret meget af) medicinen ind i levercellerne. Disse mennesker får bivirkninger, fordi leverenzymene (som er de vigtigste nedbrydere af medicin) ikke får adgang til at nedbryde medicinen, uanset at de måske har masser af aktive leverenzym.

Så vi har brug for både at kende vores enzyms aktivitet og at

vide om 'dørene' i cellemembranerne er åbne for vores medicin. Begge dele kan afsløres ved en forholdsvis enkel gentest.

/ABO

Godt nyt om forebyggende injektioner

medicin

[Medicinrådet](#) godkendte 6. januar 2021 den tredje medicin i rækken af monoclonale CGRP-antistoffer som forebyggende mod migræne. Så nu (eller måske lidt senere) er der mulighed for at vælge mellem Aimovig, Ajovy og den sidste nye, Emgality.

Godkendelsen blev bl.a. bygget på en sundhedsøkonomisk vurdering. Denne er ikke på nuværende tidspunkt offentliggjort. En sundhedsøkonomisk vurdering gennemføres efter en [vejledning](#) fra oktober 2020. Den sundhedsøkonomiske vurdering er en af de 10 første sådanne vurderinger, der er foretaget i Medicinrådet.

Medicinrådet offentliggjorde i januar 2021 en behandlingsvejledning, som gjorde det muligt, at begynde på en behandling med en af de tre monoclonale CGRP-antistoffer uden en forudgående medicinsanering. Den blev så i løbet af januar ændret, så den var med samme ordlyd som Referenceprogrammet, dvs. der var krav om en



medicinsanering. Nu (midt i februar) er vejledningen fjernet fra Medicinrådets hjemmeside. Behandlingen med en af de tre monoclonale CGRP-antistoffer kan kombineres med de gængse anfaldsmedicin, men kan ikke kombineres med Botox-behandling.

En artikel i [Sundhedspolitisk Tidsskrift d. 7. januar 2021](#) omtaler, at der har været usikkerhed om, hvor mange migrænikere der er 'kvalificerede' til en behandling med monoclonale CGRP-antistoffer. Lægenes gæt har ligget fra 350 migrænikere til ca. 600. Nu ser det ud til at der er enighed om at tallet er betydeligt højere, og tal på 3.500 og 5.000 migrænikere har været nævnt.

Denne ændring i det forventede antal kandidater til behandling med Aimovig, Ajovy eller Emgality gav

anledning til den sundhedsøkonomiske vurdering af de tre midler. De er dyre, men den økonomiske vurdering faldt alligevel ud til de tre mediciners (og tusindvis af migrænikeres) fordel. Desværre er detaljerne i denne vurdering ikke offentligt tilgængelige.

Når flere migrænikere indenfor rimelig kort tid vil kunne få adgang til de monoclonale CGRP-antistoffer, vil der komme mere pres på migræne-klinikkerne. Det er muligt, at de praktiserende neurologer landet over vil kunne få mulighed for at håndtere disse patienter. Det handler jo bare om en helt almindelig injektion – resten klarer patienterne selv.

/ABO



Bliver de nye mediciner bedre, end dem vi kender?

medicin

Det er nok ikke muligt at give et entydigt svar på overskriftens spørgsmål. Nogle af os vil bestemt få en bedre virkning, andre vil nok ikke. Det kommer helt an på, hvordan vores personlige gener er.

Men vi kan allerede nu sige lidt om, hvad de første afprøvninger af de nye anfaldsmediciner viser.

Sammenstillingen i figur 1 og 2 er lavet af Messoud Ashina fra Dansk Hovedpinecenter i Glostrup.

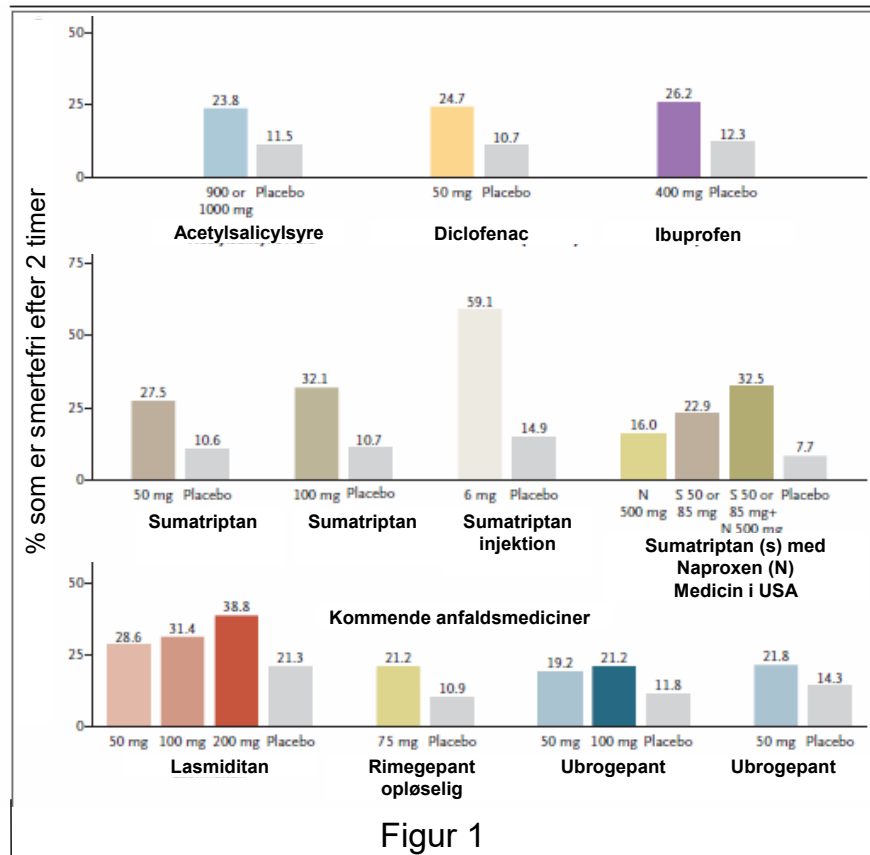
Ingen af de nye **anfaldsmediciner** vil give en bedre effekt end Sumatriptan injektionerne. De øvrige nye mediciner er – nominelt – nogenlunde lige så virksomme som Sumatriptan (se Figur 1).

Men der er væsentlige forskelle mellem de nye mediciner og dem, vi allerede er vant til. Bivirkningerne vil være anderledes, og den tid de forbliver i kroppen vil være anderledes.

I samme artikel er der en oversigt over de nye og snarligt kommende **forebyggende midlers effekt** (se Figur 2). Her er virkningen fin, men placeboeffekten (som bør trækkes fra) er også stor.

Desværre giver Messoud Ashina ikke en oversigt over virkningen af de mest

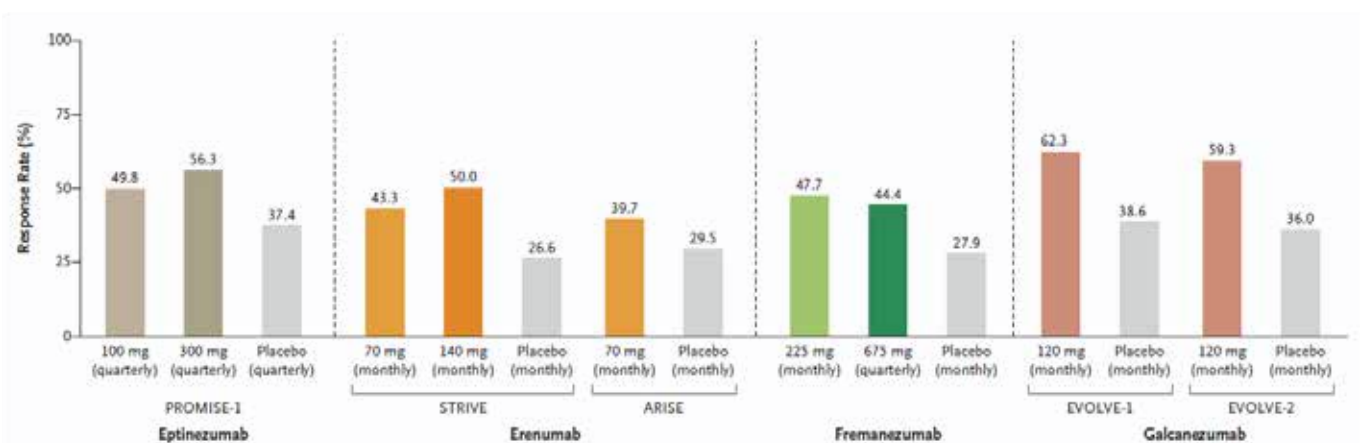
Sammenligning mellem virkningen af håndkøbsmedicin, sumatriptan og den næste generation af anfaldsmedicin



brugte forebyggende midler her i landet. Men han skriver "For chronic migraine, the evidence based effectiveness of topiramate and onabotulinumtoxinA (Botox) has been documented." (For kronisk migræne er det dokumenteret, at topiramate og Botox har en virkning.)

Så må vi selv tænke os til, om der er andre velkendte forebyggende midler mod kronisk migræne, som har en effekt.

/ABO



Læg mærke til at placebo-effekten (de grå søjler) her er mere end dobbelt så stor som for anfaldsmedicinen i Figur 1. Så selvom de kulørte søjler er høje, er den varige effekt ikke helt så imponerende.

Figur 2

Levercellernes funktion mht. triptaner

medicin

Når vi tager en triptan tablet, opløses den i mavesækken og det aktive stof flyder ned gennem tarmen. Undervejs optages medicinen i tarmvæggen og transporteres over i blodet. Det har vi vidst i mange år, og det gælder for alle tablet-mediciner.

mindst 8 forskellige typer af sådanne porer. Sumatriptan lukkes ind via dem, der kaldes OCT1 (se figuren).

Ca. 2 % af den europæiske befolkning er genetisk udstyret, så vi faktisk er ret [dårlige til at få Sumatriptan ind i levercellerne](#). Det betyder, at Sumatriptanen (det, der ikke udskilles

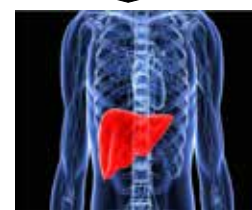
Sumatriptan, som ikke optages i levercellerne, nedbrydes af enzymet MAO-A, som dels findes i tarmen, dels findes i små mængder i blodet. Nogle migrænikere har mindre MAO-A end gennemsnittet, og nedbryder derfor Sumatriptan langsomt med deraf følgende bivirkninger.



Pillen glider ned hel.



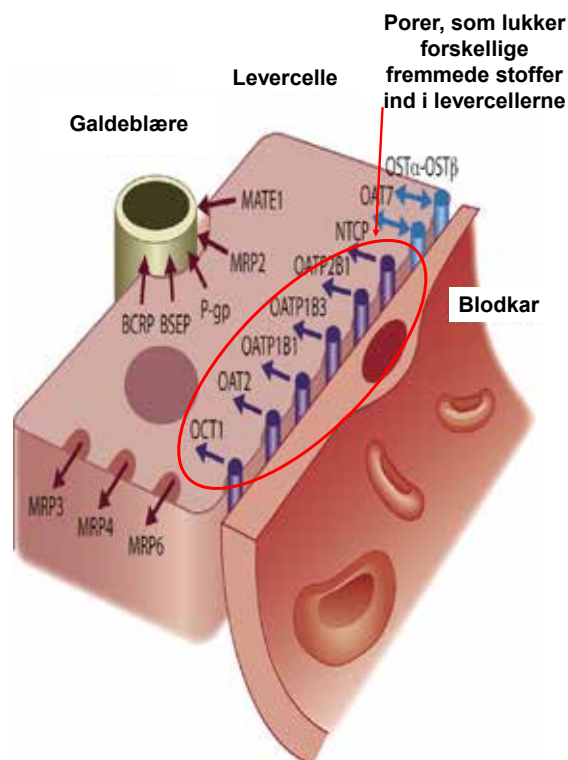
I mavesækken opløses pillen og i tyndtarmen optages det aktive stof og afleveres til blodkredsløbet. I tarmen er der enzymer, som nedbryder noget af det aktive stof.



Det aktive stof optages i nerveceller i kroppen, så f.eks. migrænen dulmes. Når det aktive stof kommer gennem leveren, optages det i levercellerne, som er fyldt med enzymer, som nedbryder medicinen.



Resten af det aktive stof udskilles gennem nyrerne. Man kan være hurtig eller langsom, både mht. nedbrydningen i tarmen og i leveren.



For sumatriptan (som stadig er den triptan vi ved mest om) strømmer det aktive stof derefter rundt med blodet. Det er, mens medicinen er i blodet, at den udøver sin virkning.

Mere end 80 % udskilles i løbet af nogle timer via nyrerne til urinen. Resten nedbrydes i leveren.

Leverens primære funktion er at rense blodet for fremmede stoffer. De bliver så udskilt i galden. Hver enkelt levercelle er udstyret med en membran ('huden' på cellen), som har en masse små porer, som kan lukke de fremmede stoffer (bl.a. medicin) ind i cellen. Men vi mennesker er langt fra alle lige gode til at lukke f.eks. Sumatriptan ind i levercellerne. Der er

via nyrerne) forbliver i længere tid i blodet. Det kan være fint for den ønskede virkning, men giver også en del bivirkninger.

De små [porers åbning påvirkes også af nogle af de andre mediciner](#), vi bliver tilbudt mod migræne. Amitriptylin og Propranolol bruges som forebyggende mod migræne. Begge mediciner får OCT1-porerne i levercellernes overflade til at være mere lukkede end normalt. Så leverens nedbrydning af Sumatriptan går langsommere, når vi får Amitriptylin eller Propranolol. Ud over at have en vis forebyggende virkning giver disse to midler derfor også triptanerne et 'boost', så de virker bedre – og giver flere bivirkninger.

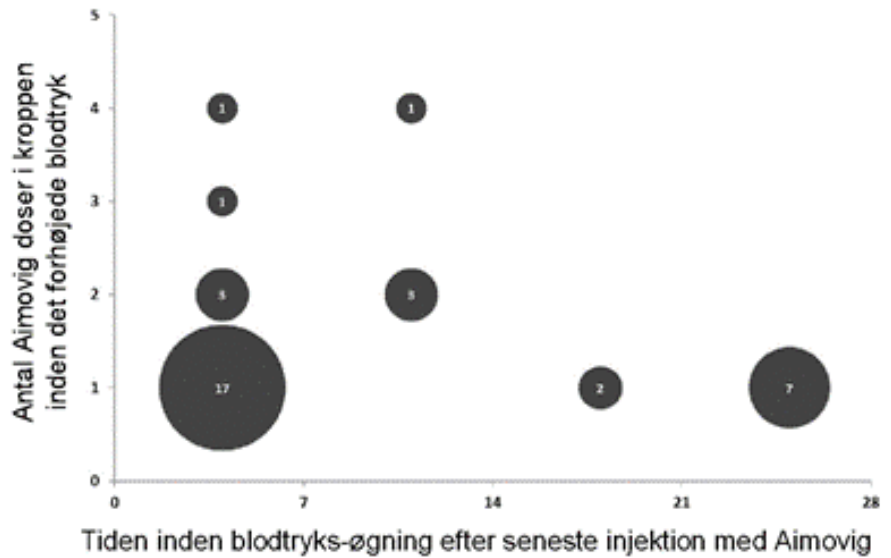
Det har været kendt siden 2014. Migrænikere, som nedbryder Sumatriptan langsomt (fordi deres OCT1-porer er delvist lukkede) og derfor får det dårligt af Sumatriptan, kan dog ikke med sikkerhed regne med, at en af de andre triptaner vil fungere. Indtil videre er det dokumenteret, at [naratriptan, rizatriptan og zolmitriptan](#) møder de samme lukkede porer i levercellerne som Sumatriptan. Disse triptaner ligner dog Sumatriptan langt mere end f.eks. Eletriptan gør. Så det er muligvis forklaringen på, at der er en relativt stor gruppe migrænikere, som har det godt med Eletriptan, men ikke med de andre triptaner.

/ABO

Aimovig kan give øget blodtryk

medicin

Det øgede blodtryk kommer især i løbet af den første uges tid efter den første injektion. Og data er – måske – ikke helt så stærke, som forventet. Forfatterne er fra FDA (den amerikanske lægemiddelstyrelse) og rapporten kunne måske læses, som en forsikring mod, at der senere kommer erstatningssager pga dødsfald blandt Aimovig-brugerne.



61 migrænikere ud af en gruppe på 283 brugere af Aimovig indgik i undersøgelsen. De var udvalgt, så de ikke havde for højt blodtryk, inden de fik Aimovig, og ikke fik medicin, som påvirkede blodtrykket. Højt blodtryk blev defineret som mere end 140/90. Alvorlige følger af det høje blodtryk blev defineret som en tur på hospital-et/skadestuen, eller til egen læge pga. blodtrykket. Vi får ikke at vide, hvor højt blodtrykket kunne komme op.

Deltagerne var i gennemsnit 56 år gamle (mellem 24 og 88 år). 9 af de 61 deltagere fik alvorlige (7 personer) eller livstruende (2 personer) problemer med det forhøjede blodtryk.

Det forhøjede blodtryk dukkede især op i ugen efter den første injektion med Aimovig (den store cirkel nederst til venstre i figuren), men kunne også komme efter senere injektioner eller efter længere tid efter en injektion (de sorte pletter til højre (flere uger efter seneste injektion) og opad (reaktion efter de næste injektioner).

27 ud af de 61 personer i gruppen udgik af forsøget, da de ikke ønskede at fortsætte med Aimovig. Det kan måske forklare, at de sorte cirkler ud for 2., 3. og 4. er ganske små.

/ABO

Med udgangspunkt i en patient-gruppe på 283, og kun 61 udvalgte forsøgspersoner, kan der rejses tvivl om forsøgsgruppen faktisk er repræsentativ for brugerne af Aimovig. Måske er der væsentligt flere, som oplever en blodtryksstigning i den samlede gruppe på 283 Aimovigbrugere.

Så måske er der grund til at investere i en blodtryksmåler, inden man accepterer den første injektion. Blodtryksmålere fås til en meget rimelig pris i COOP eller på apoteket.

Endnu en forebyggende medicin i gruppen sammen med Aimovig, Ajoyv og Emgality

medicin

Vyepti (eptinezumab) vurderes nu af EMA (EU's lægemiddelstyrelse). Vyepti gives som intravenøs injektion. Det tager ca. ½ time en gang hver 3 måned og skal nok gøres på et hospital. FDA (USA's lægemiddelstyrelse) godkendte denne medicin allerede [22. februar 2020](#). Nu

følger EMA efter og har [22. December 2020](#) accepteret at modtage en ansøgning om godkendelse af Vyepti.

Læs mere om Vyepti [her](#).

Vi ved selvfølgelig ikke noget om, hvor lang tid det vil tage for EMA at vurdere Vyepti. Derefter skal Medicinrådet

i Danmark se på medicinen, inden den kan markedsføres i Danmark.

Lundbeck (et dansk medicinalfirma) har patentet på Vyepti.

/ABO

Måske en forklaring på MOH?

moh

Dette er alt sammen resultater fra forsøg med mus. Men der er rimelig god grund til at tro, at noget lignende sker hos mennesker.

[Franske forskere](#) kombinerede to ting:

1) At migræneforskere verden over i mange år har brugt NO (kaldes nitroglycerin når det samme stof bruges til at behandle folk med hjerteproblemer) som trigger, når de ville frembringe et kunstigt migræneanfald og 2) At Na (natrium) transporteres ind og ud af bl.a. nerveceller via små porer (de kaldes Sodium channels eller Natrium-kanaler, eller Nav1.9 på lægesprog) i cellerne i de små smertefølsomme nerver rundt om i kroppen. Disse små kanaler transportere også CGRP (det stof, som bl.a. Aimovig blokerer) ind og ud af nervecellerne. Når CGRP frigives, udvider det små blodkar, dvs. der opstår en let hævelse og vi mærker at det gør lidt ondt.

Forskerne brugte helt normale mus (som havde fungerende Nav1.9-kanaler), og knockout-mus, som ikke havde fungerende Nav1.9 kanaler.

Musene uden fungerende Nav1.9 og de almindelige mus fik sumatriptan-injektioner i 6 dage. Det vidste forskerne var nok til, at musene fik, hvad der svarer til MOH hos mennesker. En gruppe af almindelige mus fik saltvand i stedet for sumatriptan. Det var kontrolgruppen.

3 uger efter sumatriptan-behandlingen var slut, fik alle musene en dosis NO, som fremkalder et kunstigt migræneanfald hos mennesker med

migræne. Almindelige mus reagerer på samme måde, som mennesker med migræne.

Musene var blevet testet i perioden fra de begyndte på sumatriptan eller saltvandsinjektioner, for hvor følsomme deres bagpoter var over for berøring. Hvis musen trækker poten til sig, når den kildes med lille pensel, betyder det, at musen oplever noget ubehageligt. Den har allodynia – dvs. det, som gør, at mennesker føler det er ubehageligt at blive berørt, at rede håret, og måske også at have tøj på.

Efter at musene fik NO (nitroglycerin), var de almindelige mus blevet mere følsomme på bagpoterne, men knockout-musene reagerede slet ikke på, at bagpoten blev berørt.

Samtidig undersøgte forskerne musenes reaktion på lys og lyd. De almindelige mus reagerede stærkt på både lys og lyd, mens knockout-musene var ligeglade med disse stimuli.

Det fortalte forskerne, at fungerende Nav1.9-kanaler gør musene mere følsomme. Både mht. berøring og overfor lys og lyd. Fuldstændig ligesom mennesker med migræne.

Andre forskere har kigget på [Nav1.9 i mennesker](#). Antallet af fungerende Na-kanaler bestemmes af et enkelt gen, som kaldes SCN11A. Dette gen findes i omkring 20 varianter, og er årsag til nogle sjældne diagnoser på periodevis smerter. Det kan være Familial episodic pain syndrome (familiære episodiske smerter), som giver kortvarige og tilbageven-

Den fede mus er en knockout mus, som har fået fjernet det gen, som styrer appetitten. Den fortsætter med at spise. Det kan ses. I forsøget med Nav1.9 kan man ikke se forskel på knockout-musene og de almindelige mus.



dende smerter i arme og/eller ben, eller Painful small fibre neuropathy (nervebetændelse i små nervefibre). Begge sygdomme er arvelige.

Vi ved ikke, om der er en entydig sammenhæng mellem en variant af SCN11A og migræne, men en anden mutation (Nav1.1) som påvirker Na-kanalerne synes at [være hyppig hos personer med hemiplegisk migræne](#).

Nu ser det således ud til, at migræne måske skyldes en variant af SCN11A. Dette understøttes af en enkelt undersøgelse, som viste, at [Amitriptylin i nogen grad blokerer Nav1.9](#), og på den måde har en vis smertelindrende effekt på migræne. Amitriptylin bruges også imod [neuropati](#), dvs. nervesmerter.

En nogenlunde let læst tekst på engelsk om musene kan ses [her](#).

/ABO

Grønt lys?

behandling

Der har været lidt omtale om grønt lys som behandling mod migræne. Et [ganske lille forsøg](#) med 29 deltagere viste, at migrænikere med episodisk migræne (7 forsøgsdeltagere) fik reduceret deres migræne fra 8 dage til 2,4 dage om måneden, og at migrænikere med

kronisk migræne (22 forsøgsdeltagere) fik reduceret deres migrænedage fra 22 migrænedage til 9 dage om måneden, når de sad i grønt lys 1 - 2 timer om dagen.

Undersøgelsen blev publiceret i [Cephalalgia](#), et af de meget ansete tidsskrifter om migræne og hovedpi-

ne. Desværre var der ingen placebo-gruppe, og forfatterne oplyser, at de har søgt om patent på den specielle diode, som udsender det grønne lys. Så den såkaldte videnskabelige artikel er (også) en reklame for dioden, som udsender det grønne lys.

/ABO

Forsøgsordningen med medicinsk cannabis i Danmark

cannabis

Folketinget står overfor at skulle beslutte, om en forsøgsordning med medicinsk cannabis, der har kørt siden 2018, skal fortsætte eller droppes. Det er der meget delte

meninger om blandt læger og patientforeninger.

I Danmark har der i årevis, ligesom i resten af verden, været et stort ønske blandt mange patientgrupper om at få adgang til gode, varierede og kontrollerede cannabis-produkter, som alternativ til traditionel medicin.

Ønsket støttes af flere forskere og politikere, ikke mindst fordi patienter søger mod det illegale marked. Rikke Jakobsen, der er sekretariatsleder i patientforeningen Cannabis Danmark, siger:

"Lige nu er det illegale marked en trussel for folkesundheden. Cannabis Danmark har fulgt det illegale salg i

flere år, som er gået fra slemt til en katastrofe. Vi skal have medicinsk cannabis på sporet igen, for vi har alle en forpligtelse over for de titusindvis af syge, som i dag er overladte til at købe på det sorte cannabismarked, hvor de lægger krop til produkter, man ikke aner, hvad indeholder, og lægemænd, som rådgiver om indtagelse, dosis og virkning. Det, alle venter på, er dansk dyrket medicinsk cannabis med lavere priser, leveringssikkerhed og variation," siger Rikke Jakobsen.

Rikke Jakobsens kommentar falder i forbindelse med en evaluering af en forsøgsordning i Danmark (2018-2022 (1)), som der blev truffet politisk beslutning om i 2016. Ønsket var, at ordningen skulle 'sikre et lovligt alternativ for nogle af de patienter, som selvmedicinerede sig med ulovlige cannabisprodukter, ligesom anvendelsen skulle kunne ske i mere sikre rammer i sundhedsvæsenet'.

Fra starten var der udpræget skepsis overfor ordningen blandt læger, der kritiserede at forsøgsordningen var netop en politisk beslutning, og ikke tilstrækkeligt lægefagligt funderet (2).

Modstanden blandt læger kom af, at ordningen ikke var bygget op som et videnskabeligt studie og at de produkter, der ville indgå i ordningen, kunne omgå de kriterier, der normalt gælder for lægemidler. Der blev advaret om, at mange læger ikke ønskede at deltage i ordningen, og dermed ikke ville ordinere medicinsk cannabis til deres patienter (3). Ikke desto mindre var der blandt aftalepartierne enighed om, at der var behov for mere viden på området, og dermed blev forsøgsordningen en realitet.

Evaluering af forsøgsordningen

Den danske forsøgsordning gennemgik en omfattende evaluering i november 2020, dvs. efter at have løbet i 2½ år (4).

Evalueringens overordnede konklusion var, at forsøgsordningen har skabt en forsvarlig ramme for brug af medicinsk cannabis i sundheds-

"Det er vigtigt, at vi bruger viden fra evalueringen til at få skabt en sikker ordning for borgerne, såfremt forsøgsordningen videreføres efter 2021.

Jeg vil primo 2021 indkalde Folketingets partier til forhandlinger, så vi forhåbentlig kan få landet en bred politisk aftale om de fremtidige rammer for forsøgsordningen med medicinsk cannabis - herunder om forsøgsordningen skal forlænges eller eventuelt gøres permanent, samt om der ved en videreførelse af ordningen skal foretages justeringer (5)."

*Sundheds- og ældreminister,
Magnus Heunicke*

væsenet, og selvom der er væsentlige udfordringer, er der nu mulighed for, at endnu flere læger og patienter kan blive fortrolige med ordningen, samt at virksomhederne kan få danske produkter på markedet.

Hård kritik af forsøgsordningen blandt patientforeninger og eksperter

Mere kontant lød kritikken dog fra andre sider, hvor ordningen kort sagt har fået dumpekarakter (6). Lægerne har fortsat ikke taget ordningen til sig, blandt andet fremhæver lægeforeningens formand Andreas Rudkjøbing, at foreningen fortsat er utilfredse med at man har kørt udenom de normale dokumentationskrav, der er for nye behandlinger og lægemidler (7).

FORSØGSORDNINGEN

- Med forsøgsordningen med medicinsk cannabis blev der indført en bredere adgang for ordination af cannabisprodukter i Danmark. Samtidig fik erhvervslivet mulighed for at importere og dyrke medicinsk cannabis til forsøgsordningen og til eksport.
- Forsøgsordningens produkter er ikke-godkendte lægemidler. De har således ikke været igennem en godkendelsesprocedure ved en myndighed med de samme grundige test i kontrollerede forsøg, som godkendt medicin har. Derfor har man ikke den samme viden om virkninger og bivirkninger, som man har ved godkendt medicin.

Man kan læse mere om forsøgsordningen samt evalueringen af den, på Sundhedsministeriets hjemmeside - [LINK](#)

Afledt heraf, fremhæves den ulighed i sundhed der opstår, i og med at kun få læger vil udskrive recepter på medicinsk cannabis. Dertil kommer den økonomiske ulighed, da ikke alle patienter har råd til at indløse recepterne, der kan løbe op i ca. 3.000 kr. om måneden for et behandlingsforløb (8).

Ønske om en forsøgsordning version 2.0

Rikke Jacobsen betegner den nuværende forsøgsordning som 'liggende i ruiner', men opfordrer til, at man lærer af erfaringer og lancerer en version 2.0: Hun fremhæver at man kan vælge at betragte de første to år som en opbygningsfase, tage kritikken til efterretning og påbegynde en version 2.0 af forsøgsordningen, hvor man blandt andet opbygger et forskningscenter for medicinsk cannabis, der systematisk skal indsamle erfaringer fra patienter, lette patienters adgang til flere typer af medicinsk cannabis, bliver klogere på cannabissens mange forskellige indholdsstoffer samt styrker lægers efteruddannelse i cannabis som medicin.

Også professor og leder af Center for Klinisk Forskning ved Regionshospital Nordjylland (RN), Peter Leutscher, anbefaler, at forsøgsordningen forlænges, men ligeledes efter en grundig revision.

"Forsøgsordningen har forløbet utilfredsstillende. Vi bliver nødt til at vaske tavlen ren og starte forfra, for den nuværende forsøgsordning har tydeligvis ikke fungeret. Patienterne er fortsat tvungne ud på det sorte marked, og sundhedsvæsnen er ikke blevet meget klogere på behandling med medicinsk cannabis (9)."

Peter Leutscher, professor og leder af Center for Klinisk Forskning ved RN

Peter Leutscher uddyber: "Hvis vi skal gøre det bedre, mener jeg, at der er tre vigtige indsatsområder. For det første bliver man nødt til at udtænke en ny organisatorisk og administrativ model med nedsættelse af en task force gruppe bestående af speciallæger med kendskab til medicinsk cannabis. For det andet

skal en klinisk behandlingsvejledning, fulgt op af kursusaktiviteter, gøres tilgængelige for danske læger, som vi ser det i en række andre lande. Og for det tredje skal der skabes videnskabelige og metodemæssige ordentlige rammer for dataindsamling."

Rikke Jacobsen mener, at man forholdsvis hurtigt kan etablere en forsøgsordning version 2.0, blandt andet ved at imødegå de tre centrale udfordringer: Tilgængelighed, pris og variation.

"Vi ved, at en del læger har ordineret medicinsk cannabis, men vi ved ikke hvem. Vi ved, at der er visse geografiske områder i Danmark, hvor det er helt umuligt at finde en ordinerende læge, for eksempel i Nordjylland. Og vi ved, at der findes en stor økonomisk ulighed i tilgængelighed i takt med, at flere private klinikker tilbyder privatkonsultationer, vi mangler flere produktvariationer blandt andet olieprodukter. Og endelig ved vi at flere patienter falder fra, når medicintilskuddet er opbrugt," siger Rikke Jacobsen.

Hun tilføjer, at det bør være muligt for patienterne at få navngivet et antal klinikker i hver kommune med praktiserende læger, som kan ordinere medicinsk cannabis.



Ingen alvorlige bivirkninger

Endelig fremhæver hun, at det efter tre år med forsøgsordningen og bivirkningsrapportering, nu er muligt at fastslå, at der ikke er registreret alvorlige bivirkninger direkte relateret til medicinsk cannabis og derfor er medicinsk cannabis relativt sikkert at ordinere – i alle tilfælde til de lidelser, som er indrapporteret til Lægemiddelstyrelsen.

Folketinget står i 2021 overfor at skulle beslutte om forsøgsordningen skal slutte eller fortsætte, evt. med justeringer, baseret på den omfattende kritik og de mange input der er løbet til debatten i forsøgsperioden. Det bliver ikke nogen let opgave, og som patientforening må man blot håbe, at processen ikke trækker alt for langt ud. Faktum er, at mange patienter ønsker adgang til at afprøve produkter med medicinsk cannabis, og det er i sidste ende dem der står til at tabe, hvis de interne slagsmål mellem de involverede parter trækker ud.

Der er gode eksempler på, at patienter i Danmark har gavn af lægeordineret medicinsk cannabis (se fx patienthistorien på side 13). Men det ændrer ikke på de fundamentale uligheder i sundhed, det smalle udvalg af produkter, den for ringe dokumentation og den deraf følgende fortsatte trafik til det illegale, grå marked. Medicinsk cannabis er kommet for at blive – også i Danmark – så på patienternes vegne, kan man kun opfordre til at ansvarlige og politikere kommer i arbejdstøjet i forhold til både forskning, dokumentation og adgang til cannabis for dem, som har gavn af det.

(1) <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/special/medicinsk-cannabis/borgere/forsoegsordningen-med-medicinsk-cannabis/>

(2) <https://www.ft.dk/samling/20171/lovforslag/L57/bilag/1/1799061.pdf> (Høringsnotat til udkast til lov om forsøgsordning med medicinsk cannabis); <https://sum.dk/nyheder/2020/november/evaluateirng-af-forsoegsordningen>

(3) <https://www.ft.dk/samling/20171/lovforslag/L57/bilag/1/1799061.pdf> (Høringsnotat til udkast til lov om forsøgsordning med medicinsk cannabis)

(4) <https://sum.dk/nyheder/2020/november/evaluateirng-af-forsoegsordningen>

(5) <https://sum.dk/nyheder/2020/november/evaluateirng-af-forsoegsordningen>

(6) https://sundhedspolitisktidsskrift.dk/nyheder/4332-slutter-i-ar-forsogsordningen-med-medicinsk-cannabis-far-dumpekarakter.html?fbclid=IwAR17XWwcrfSfMH7gSvzvqEhL4tYeP2Yx46TQsjQL6M4ezD-nb_oLlKphqYw

(7) <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2018-2/medicinsk-cannabis-oeger-ulighed-og-udfordrer-sygeplejersker>

(8) <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2018-2/medicinsk-cannabis-oeger-ulighed-og-udfordrer-sygeplejersker>

(9) https://sundhedspolitisktidsskrift.dk/nyheder/4332-slutter-i-ar-forsogsordningen-med-medicinsk-cannabis-far-dumpekarakter.html?fbclid=IwAR17XWwcrfSfMH7gSvzvqEhL4tYeP2Yx46TQsjQL6M4ezD-nb_oLlKphqYw

[far-dumpekarakter.html?fbclid=IwAR17XWwcrfSfMH7gSvzvqEhL4tYeP2Yx46TQsjQL6M4ezD-nb_oLlKphqYw](https://sundhedspolitisktidsskrift.dk/nyheder/4332-slutter-i-ar-forsogsordningen-med-medicinsk-cannabis-far-dumpekarakter.html?fbclid=IwAR17XWwcrfSfMH7gSvzvqEhL4tYeP2Yx46TQsjQL6M4ezD-nb_oLlKphqYw)

Andre kilder

<https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/special/medicinsk-cannabis/borgere/spoergsmaal-og-svar-om-medicinsk-cannabis/>

<https://www.hovedpineforeningen.dk/nyheder/items/kan-cannabis-lindre-hovedpine.html>

<https://sum.dk/nyheder/2020/november/evaluateirng-af-forsoegsordningen>

<https://migraineworldsummit.com/talk/cbd-oil-for-migraine/>

https://sundhedspolitisktidsskrift.dk/nyheder/4332-slutter-i-ar-forsogsordningen-med-medicinsk-cannabis-far-dumpekarakter.html?fbclid=IwAR17XWwcrfSfMH7gSvzvqEhL4tYeP2Yx46TQsjQL6M4ezD-nb_oLlKphqYw

<https://sundhedspolitisktidsskrift.dk/nyheder/1247-medicinsk-cannabis-stormer-frem-i-resten-af-verden.html>

<https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2018-2/medicinsk-cannabis-verden-rundt>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31959586/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29442178/><https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31731110/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29513392/>

/MBP

Spis morgenmad, hver dag!

Livsstil

Morgenmaden er dagens vigtigste måltid, siger man. Det viste sig helt klart, da en gruppe studerende blev udspurgt om deres morgenmad og en lang række andre faktorer (f.eks. hvad de spiste til morgenmad, deres

helbred, vægt, fysisk aktivitet osv.).

De studerende, som 'glemte' morgenmaden 5 dage om ugen, havde næsten dobbelt så mange hovedpinedage som dem, der spiste morgenmad 5 eller flere dage om ugen. For hver dag, de

studerende 'glemte' morgenmaden, steg risikoen for at få hovedpine den dag.

Der var [83.677 iranske studerende](#) med i undersøgelsen.

/ABO

Interview med Pia, som bruger medicinsk cannabis

livsstil

Migræne danmark har interviewet en patient med kronisk migræne om hendes forsøg med medicinsk cannabis. Nina Lak Andersen har fået lægeordineret cannabidiol-ekstrakt (CBD-olie) i 3 måneder.

Navn: Nina Lak Andersen

Alder: 51 år

Arbejde: Lærer på specialskole i Københavns Kommune

Diagnose: Kronisk migræne (8-15 anfald om måneden)

Hvorfor begyndte du at kigge på cannabis som en mulighed for behandling af migræne?

Jeg har lidt af migræne i mange år, og det er blevet tiltagende værre. Jeg har kronisk migræne. Jeg glider nemt over i et overforbrug på triptanen, fordi jeg har fuldtidsarbejde, som jeg er nødt til at passe. Jeg mener, at man er nødt til at have et liv. Jeg oplever, at ubehandlet migræne giver flere migræneanfald. Det er som om, at smerte avler smerte.

Hvad gjorde du så?

Jeg ønskede at komme på smerteklinik for at få et andet blik på end ved Hovedpinecenteret, og jeg fik en henvisning fra lægen. Jeg havde en forestilling om, at en smerteklinik ville gå mere holistisk til min migræne end hovedpinecenteret, som jeg oplever som meget orienteret mod medicin. Jeg tænkte, at jeg måske ville få mulighed for en bredere tilgang til løsninger, også en snak om alle mulige andre triggere til min migræne. Jeg tænkte, alt fra søvnrytme til stress! Det fik jeg nu ikke rigtig, men det er jeg egentlig glad for i dag. Sommetider kan det livsstilsorienterede syn godt gå hen og blive en kilde til skyld. For accepterer du, at din adfærd årsag til din migræne, kan det også meget hurtigt blive din egen skyld, at du har migræne.

Jeg havde faktisk bedt lægen om henvisning til Rigshospitalets smerte-

klinik, men min læge hørte vist ikke rigtig efter, for han sendte mig på Tina Horstedts private smerteklinik. Jeg accepterede, fordi jeg kunne få en tid allerede ugen efter. På smertekliniken mødte jeg så en meget effektiv og resultatorienteret Tina, som uden tøven tilbød mig medicinsk cannabis.

Inden jeg tog ind på smertekliniken, havde jeg gjort min stilling op. Jeg havde besluttet, at fik jeg det tilbudt, var det et forsøg værd. Jeg havde set programmet med skuespilleren Søs Egelind, som havde gjort stort indtryk. Jeg ville dog selv kun prøve CBD olie (cannabidiol-ekstrakt), som ikke er euforiserende. Det var vigtigt for mig, at jeg ikke blev høj af det, for jeg vil jo passe mit arbejde og mit liv i det hele taget. Det var så også det, jeg fik tilbudt på klinikken.

Hvor længe har du taget cannabis?

Jeg har taget dråberne i små 3 mdr. Jeg skulle starte med 10 dråber til aften. Det havde ingen virkning, så jeg gik op på 15 dråber om aftenen. Det havde så heller ingen virkning. Endelig i begyndelsen af januar 2021 gik jeg så op på yderligere 3 dråber morgen og eftermiddag.

Hvad er effekten for dig?

Den sidste måned har jeg mærket effekt. Smertelægen siger så også, at der kan gå op til 3 måneder, før man mærker effekt. Nu føler jeg, at det går virkelig godt. Jeg har en generelt lettere følelse i hovedet, og jeg har kun haft to migrænedage på en måned. Det er mange år siden, jeg sidst prøvede det! Så for mig er det en stor succes. Det er klart, at jeg skal se på effekten over en længere periode, men jeg er meget positiv nu.

Vil du blive ved med at bruge medicinsk cannabis?

Jeg tænker at prøve det i en periode, men så vil jeg også holde pause. Det er jo ret dyrt, og jeg håber migrænen bedrer sig. Tina Horsted sagde, at cannabissen kunne bidrage til, at hjernens signalstoffer normaliserer sig efter en periode på det.



Ninas bedste råd til andre migræne-ramte

Giv slip på skyld og skam. Man skal slippe tanken om, at det er ens egen skyld, at man har migræne. På grund af migrænen kan man være nødt til at svigte andre. Det er ikke ens egen skyld, men migrænen. Det kan være umuligt at finde årsagen, så tag skuldrene ned og giv dig selv fred. Det gør rigeligt ondt i forvejen.

Ninas råd til dig, som overvejer medicinsk cannabis

Hvis du har råd til det, så synes jeg du skal prøve det. Jeg har ingen bivirkninger haft. Hvis det virker, er det fantastisk, hvis ikke, har det næppe gjort skade.

/AE

Nina Lak Andersen får sin lægeordinerede CBD-olie fra en smerteklinik, som specialiserer sig i netop medicinsk cannabis.

Pris: ca. 1.100 kr. om måneden

Medicinsk cannabis - verden over

cannabis

I krydsfeltet mellem forskning, viden og den politiske virkelighed

Mens vi i Danmark intenst debatterer næste fase af en forsøgsordning med medicinsk cannabis, får flere og flere patienter verden over adgang til den (1). At debatten er blusset op de senere år, er i høj grad båret af et folkeligt pres, der kommer af et stigende antal ældre, kroniske patienter, et generelt ønske om alternativer til traditionel medicin, stigende medicinpriser, og en generel 'anti-establishment' bølge, der er udtryk for skepsis overfor de etablerede autoriteters ret til alene at sætte dagsordenen. I mangel på myndighedsgodkendte produkter, finder det stigende forbrug vej til det sorte marked, hvilket er med til at presse det politiske niveau til handling.

Migræne og cannabis

I forhold til migræne og cannabis, er der en del spændende forskning i gang på internationalt plan. En helt ny amerikansk undersøgelse omfattede 123 migrænere, som tog cannabis mod deres migræne (2). Tre ud af fire i denne gruppe fik lindring fra cannabis. Cannabisbrugerne brugte alle former for cannabis (f.eks. dråber, rygning, blomster-te eller som creme på huden). To ud af tre cannabis-bru-

gere købte deres cannabis på det frie marked. I en anden ny amerikansk undersøgelse, hvor migrænere behandlede deres anfald med Cannabis blomster, fik de i gennemsnit en smertereduktion på 3.3 på en smerteskala fra 0 til 10 (3). Der er flere internationale undersøgelser af samme art (4), der peger på gavnlige virkninger af cannabis på migræne. Fælles for de nævnte undersøgelser er dog fraværet af en kontrolgruppe der, uden at vide det, tager et virkningsløst produkt (placebo), hvilket har udløst kritik fra andre forskningsgrupper. Dog skal det tilføjes, at nok anses det for god skik, at have en placebo-gruppe (snydemedicin, som f.eks. kalkpiller), men der er generelt rigtig mange migræneforsøg som ikke har dette.

Fornyet interesse på verdensplan

At medicinsk cannabis på kort tid er blevet et globalt fænomen, bekræfter professor og overlæge Asbjørn Drewes fra Aalborg Universitetshospital:

"Jeg kommer meget rundt i verden, Asien, Europa og USA, og jeg ser alle steder, at folk bruger cannabinoider, så man bliver nok nødt til at acceptere, at nogle bruger det, og at nogle måske også har gavn heraf. Og får patienterne det ikke hos lægen, ja så køber de på det kriminelle marked. Vi er under et massivt pres, for folk bruger det under alle omstændigheder. Men det betænkelige er, at de gode

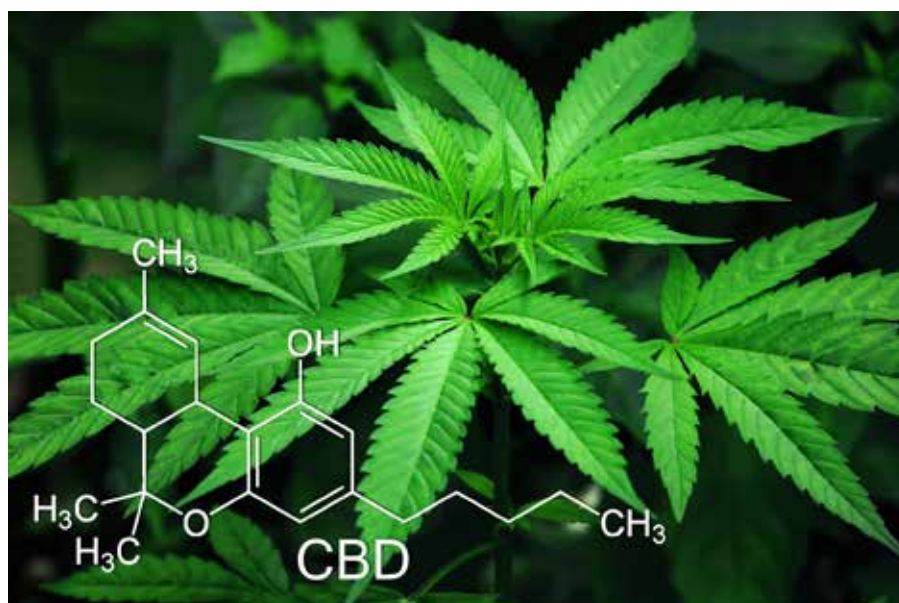
kontrollerede forsøg ikke findes for cannabinoider, hverken for effekt eller for de bivirkninger, som vi bekymrer os om. Indtil videre er der for mange følelser og for meget politik i medicinsk cannabis, og ingen i hele verden aner, hvad der er fup eller fakta," siger han (5).

En dagsorden med mange aktører

Når politikere slår sig i tøjret i forhold til medicinsk cannabis, kan det ikke adskilles fra den årtier lange debat for og imod cannabis til såkaldt 're-kreativt forbrug', hvilket fletter sig ind i politiske dagsordener om misbrug og kriminalitet. Christel Schaldemose, mangeårigt socialdemokratisk medlem af Europa-Parlamentet, beskriver hvorfor området er så svært at harmonisere på EU-plan: "Det er et ret godt spørgsmål, hvorfor der ikke er sket en harmonisering. Men jeg tror, det skyldes flere ting. For det første er debatten først blevet rigtig aktuel i Europa de seneste år. Det er også først for nylig, at man for alvor taler om behovet for rigtige kliniske forsøg af hensyn til patienterne, og at man bør efterleve de regler, vi har lavet for medicin. For det andet er der jo det kontroversielle link til det rekreative, euforiserende forbrug samtidig med, at man også kan se, at hvis der er en positiv virkning, så skal man jo heller ikke holde det tilbage for patienterne. Det er vel også derfor, at man har overladt det til lægerne," forklarer hun og tilføjer:

"Og endelig for det tredje spiller det måske en rolle, at debatten er så følsom. Hvis man ikke er meget neutral, bliver man svinet til på de sociale medier. Det er utroligt giftigt og emotionelt, så der listes en smule rundt i EU (6)."

Når læger og forskere slår sig i tøjret, begrunder de det ofte i at de ikke vurderer at der er nok forskning i området som man kan bygge anbefalingerne på. Her tænker de især på studier af langtidseffekter og bivirkninger. Dertil kommer, at mange af forskerne er rundet af en stringent videnskabelig tradition, som de ikke mener at mange af de fore-



liggende undersøgelser lever op til, jvf migræne og cannabis ovenfor. Det er i mange lande meget vanskeligt at opnå tilladelse til at lave forskning i effekten af cannabis grundet den euforiserende effekt, som kan placere cannabis på en forbudsliste.

I listen af aktører der har stærke interesser i udviklingen af myndighedsgodkendte cannabis-produkter, kan man heller ikke se bort fra medicinalindustrien (Big Pharma), hvor der i sagens natur er store penge på spil. Blandt cannabisforkæmpere er antagelsen, at medicinalindustrien generelt ikke ønsker cannabis godkendt.

Vi befinder os altså i et krydsfelt mellem det folkelige og erfaringsbase-rede, det lægefaglige, de økonomiske interesser, og det politiske niveau - et krydsfelt der kommer meget forskelligt til udtryk, fra land til land.

Blandt de lande der er mest liberale overfor produktion af legal cannabis og patienters adgang til medicinsk cannabis, er Tyskland og USA.

Tyskland

Den daværende tyske sundhedsminister Hermann Gröhe gav i 2016 tilladelse til brug af rå cannabis til udvalgte sygdomme. Indtil da havde patienter primært kunnet få udskrevet det syntetiske THC-præparat dronabinol og Sativex, selvom ganske få patienter siden 2008 dog sidelø-

CBD

CBD er ikke euforiserende og forbindes af brugere med bl.a. en smertestillende, anti-inflammatorisk, angstdæmpende og kvalmestillende effekt. CBD forbindes generelt ikke med afhængighed.

bende havde haft adgang til en recept på rå cannabis. Tyske patienter fandt nemlig de godkendte, forarbejdede produkter for dyre og ikke så virksomme som den rå plante. Lovændringen betød, at patienter som lider af kræft, Parkinsons sygdom, sclerose, glaukom, Morbus Crohn, astma, HIV, AIDS, hepatitis C, gigt og depression kan få cannabis, hvis deres læge vil udskrive den.

Siden da er forbruget eksploderet i Tyskland. Tyskland påbegyndte egenproduktion af cannabis til medicinsk brug i 2019.

USA

I USA er medicinsk cannabis ikke lovligt på statsplan, men hele 29 delstater har gjort op med dette via lokal lovgivning. En af de første delstater til at legalisere medicinsk cannabis var Californien, i 1996.

Der er meget stor forskel på lovgivningen i de enkelte delstater når det

Medicinsk cannabis

Medicinsk cannabis bruges i dag som en bred betegnelse, der rummer alt lige fra tørrede cannabisblomster, cannabisolie, kapsler, tabletter, mundhule-spray m.m. Fælles er dog, at produkterne indeholder enten dele af cannabisplanten, aktive stoffer fra planten eller syntetiske cannabinoider, og at produkterne bliver brugt til at lindre sygdom. Der findes over 60 slags cannabinoider. I forbindelse med medicinsk behandling snakker man primært om cannabinoiderne CBD og THC.

Det er væsentligt at fastslå, at der er forskel på cannabis til rekreativt brug og medicinsk cannabis. Afgørende for de fleste brugere af medicinsk cannabis er, at de ikke påvirkes psykoaktivt og dermed ikke bliver 'høje'.

THC

THC er det psykoaktive stof i cannabisplanten, men tages det i lave kontrollerede doser, angiver brugere af THC, at det psykoaktive element ikke mærkes. THC forbindes især med behandling af milde til svære smerter, appetitstimulation, kvalmereduktion, reduktion af spasmer hos f.eks. scleroseramte. Mange bruger af cannabis angiver, at THC kan dræbe kræftceller. Der pågår en betydelig forskning i bl.a. cannabisplantens cannabinoider og flavonoiders effekt på kræftceller, og der er i visse tilfælde påvist effekt, dog primært på grundforskningsstadiet.

Cannabis bruges især af f.eks. kræft- og sclerosepatienter. Omfanget af brugen i Danmark kendes ikke, men Cannabis Danmark vurderer, at mindst 100.000 patienter gør brug af medicinsk cannabis i Danmark.



kommer til salg, tilladte mængder og produkter, ligesom der er forskel på de sygdomme, der defineres som egnede til behandling med cannabis.

Nogle stater har retningslinjer, som minder om de danske, mens det f.eks. i Californien er op til lægen at vurdere, om cannabis må anses for at have nytte for den enkelte patient, selvom det kun er følgende sygdomme, som er nedfældet i de statslige retningslinjer: "Kræft, AIDS, kroniske smerter, anoreksi, spasticitet, migræne, glaukom, epilepsi, svimmelhedstilstande, afhængighed, PMS, PTSD, søvnløshed og depression."

Hver enkelt patient må desuden i Californien selv dyrke op til tre kvadratmeter med cannabisplanter. Ligesom lægeklinikker, der primært udskriver medicinsk cannabis, er et helt almindeligt syn i gadebilledet i f.eks. Californien, Colorado og Florida.

Danmark

I Danmark er vi midt i en forsøgsordning med medicinsk cannabis, der har fået en særdeles blandet modtagelse af patientforeninger og eksperter. Læs mere om den danske forsøgsordning og tilgang til medicinsk cannabis i artiklen på side 10.

Andre lande

I en række øvrige lande inden- og udenfor EU er forskellige former for medicinsk cannabis også lovligt til forskelligt nationalt differentierede

sygdomsgrupper, f.eks. i Argentina, Australien, Belgien, Canada, Colombia, Kroatien, Tjekkiet, Israel, Luxembourg, Makedonien, Mexico, Norge, Peru, Portugal, Puerto Rico, Rumænien, San Marino, Slovenien, Spanien, Schweiz, Sverige, Østrig, Tyrkiet samt 29 forskellige amerikanske delstater og Uruguay, Zimbabwe og Zambia.

Blandt de stærke modstanderlande er Rusland, Bulgarien, Japan og Sverige. Her mener regeringer og sundhedsmyndigheder, at en lovliggørelse af medicinsk cannabis vil komme til at fungere som en smutvej til landenes ulovlige narkokulturer - eller at cannabis er helt irrelevant som medicin.

Hvad med fremtiden?

Medicinsk cannabis er et område i konstant bevægelse på verdensplan, og der er intet der tyder på at det folkelige pres for at få adgang til godkendte cannabis-baserede produkter, er aftagende. Selvom mange lande fortsat hænger i bremsen – herunder Danmark – åbner flere og flere regeringer verden over altså op for at investere i forskning og produktudvikling. Det er godt nyt for alle de patienter, der er henvist til de illegale markeder, med de risici det indebærer for fejlmedicinering og utilsigtede langtids- og bivirkninger.

I Migræne Danmark følger vi med stor interesse, udviklingen indenfor forskningen i medicinsk cannabis, og vi vil glæde os til at holde vores medlem-

mer opdateret med relevant ny viden i de kommende numre af Migræne Nyt.

(1) <https://sundhedspolitisktidsskrift.dk/nyheder/1247-medicinsk-cannabis-stormer-frem-i-resten-af-verden.html>

(2) <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2018-2/medicinsk-cannabis-verden-rundt>

(3) <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0965229920318860>

(4) <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2095496420300741?via=ihub>

(5) [https://www.jpain.org/article/S1526-5900\(19\)30848-X/fulltext;chrome-extension://ohfgljdgelakf-kefopgkcohadegdpjf/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7348860/pdf/brainsci-10-00360.pdf](https://www.jpain.org/article/S1526-5900(19)30848-X/fulltext;chrome-extension://ohfgljdgelakf-kefopgkcohadegdpjf/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7348860/pdf/brainsci-10-00360.pdf)

(6) <https://sundhedspolitisktidsskrift.dk/nyheder/1247-medicinsk-cannabis-stormer-frem-i-resten-af-verden.html>

(7) <https://sundhedspolitisktidsskrift.dk/nyheder/1247-medicinsk-cannabis-stormer-frem-i-resten-af-verden.html>

/MBP

Tag medicinen tidligt i anfaldet – det giver bedre livskvalitet og mindre MOH!

medicin Det er ikke overraskende, at de, der får den bedste effekt af deres migrænemedicin, også har en bedre livskvalitet. Men lidt overraskende er det, at de, der har en forholdsvis ringere livskvalitet, har nogle vigtige fællestræk.

De, som ikke fik den forventede gode

virkning af deres anfaldsmedicin, kom i højere grad til neurolog. Her viste det sig, at de generelt tog anfaldsmedicinen senere end dem, der fik den gode virkning. De, som ikke fik den gode virkning af anfaldsmedicinen, havde også i højere grad medicinoverforbrugshovedpine (MOH).

Medicinoverforbrugshovedpinen må

formodes bl.a. at være udløst af, at medicinen blev taget for sent i anfaldene, og derfor ikke virkede optimalt.

Forfatterne anbefaler derfor, at der sættes ind med information om vigtigheden af at tage anfaldsmedicin (uanset typen) tidligt i anfaldet.

/ABO

Referat fra Generalforsamlingen (GF)

social

Migræne danmark

30. november 2020

Indledning

Grundet Covid19 blev GF afholdt online via Zoom og der var et flot og geografisk spredt fremmøde. Der var efterfølgende bred enighed om, at dette godt kunne danne præcedens for fremtidige møder, da det for det enkelte medlem er nemt at deltage, uanset hvor i landet man bor, og uanset hvordan dagsformen er i forhold til migrænen.

Mødet blev indledt med et foredrag af Thien Phu Do, der er læge og forsker ved Dansk Hovedpinecenter. Thien leverede et godt og engageret foredrag om nye behandlingsmuligheder, akut behandling og fremtidens behandling. Foredraget blev optaget og kan fås ved henvendelse på info@migraeniker.dk

Herefter indledtes selve Generalforsamlingen:

1. Valg af mødeleder

Anne Bülow-Olsen blev valgt som mødeleder.

2. Valg af referent

Malene Brix Pilegaard blev valgt som referent.

3. Godkendelse af dagsorden

Mødeleder konstaterede at generalforsamlingen var lovligt indkaldt og dagsorden blev godkendt.

4. Godkendelse af referat fra forrige generalforsamling

Anne Egelund (formand) gennemgik kort referatet fra generalforsamlingen i 2018 og dette blev godkendt.

5. Formandens beretning

Formanden gennemgik kort årsberetningen for 2019 (trykt i MigræneNyt 2020-2).

Migræne danmarks prioriteter fremadrettet er nu:

- MigræneNyt er hjørnesteinen
- Kronikker og anden fortalervirk-somhed

- Mere socialt/psykologisk støtte-arbejde

Regnskab 2019

Der var ikke balance mellem indtægter og udgifter i 2019, hvilket gav anledning til en gennemgang og opretning af økonomien, som forventes at være rettet helt op i 2021.

6. Godkendelse af revideret regnskab

Det reviderede regnskab blev godkendt.

7. Fastsættelse af kontingent

Bestyrelsen indstillede, at kontingentet fra 1. januar 2021 bliver sat op til 250/125/250 kr. fra de nuværende 225/110/225 kr. Det blev diskuteret, om kontingentet skulle sættes yderligere op generelt, til f.eks. 300 kr., for at finansiere MigræneNyt på tryk, eller om man skulle differentiere prisen, så de, der gerne vil have tryk, betaler et højere kontingent. Denne sidste mulighed nød umiddelbart størst opbakning, ud fra et ønske om at tiltrække/fastholde yngre medlemmer, der oftere foretrækker online-bladet end de ældre, og oftere har en presset privatøkonomi. Det blev også foreslået at adskille kontingent fra trykpris for synlighedens skyld, hvilket der overordnet var tilslutning til.

Bestyrelsen fastsætter prisen ud fra omkostningerne på det trykte blad.

8. Valg af bestyrelsesmedlemmer

- Anne Egelund var på valg og blev enstemmigt genvalgt som formand.
- En bestyrelsespost var ledig. Der var ikke nogen, der ønskede at stille op, men skulle man genoverveje om det kunne være interessant at snuse til bestyrelsesarbejdet, kan man skrive til Anne, og eventuelt lave en indivi-

duel aftale i forhold til mængden af arbejde.

9. Valg af suppleanter

Der var ikke nogen, der ønskede at stille op, men skulle man genoverveje om det kunne være interessant at snuse til bestyrelsesarbejdet, kan man skrive til Anne, og eventuelt lave en individuel aftale i forhold til mængden af arbejde. Med en ledig plads i bestyrelsen vil en suppleant dog de facto komme til at fungere som bestyrelsesmedlem, hvilket skal tages med i overvejelserne.

10. Evt. valg af revisor og revisorsuppleant

Migræne danmark har en ekstern revisor, der koster ca. 5.000 kr. om året. Knud Østby blev valgt som intern revisor.

11. Indkomne forslag

Der var flere deltagere, der spurgte ind til det konkrete omkring at bidrage til foreningen som frivillig, herunder om muligheden for at uddele informationsmateriale. Foreningen ligger inde med en række relevante brochurer, som kan rekvireres ved henvendelse til Anne. Generelt kan man skrive til Anne med idéer og projekter – det er meget velkomment! Det er dog også klart, at foreningen mangler ressourcer, økonomisk og tidsmæssigt, så det er vigtigt, at man tænker dette ind i sine ideer.

Det blev foreslået at oprette en profil/skabe aktivitet på Instagram, som især de unge bruger langt mere, end de bruger Facebook. Dette var der enighed om, var en fremragende idé - konkrete forslag kan sendes til Anne.

12. Eventuelt

Der var ikke noget til eventuelt.

/AE



Planlæg smart og lev sundere

livsstil

Af Gitte Hildebrandt

Det kan være svært at opretholde en sund livsstil i en hverdag med en del dårlige dage. Mon ikke de fleste af os kan genkende, at overskuddet er lavt på migrænedage og også dagen efter. Eller i perioder hvor migrænen tager over og overskuddet er på nulpunktet.

Det kan være uoverskueligt at holde fast i nye rutiner, da migrænen spænder ben gang på gang, så du skal starte forfra. Men med en smule planlægning og en justering af ambitionsniveauet kan du komme langt.

For hvem siger, at sundhed skal være hårdt og besværligt? Ville det ikke være en lettelse, hvis en mindre indsats kunne gøre en stor forskel?

Den gode nyhed er, at en mindre indsats rent faktisk, kan gøre en forskel. For eksempel ved at opgradere det, du indtager efter anfald til en sundere udgave. Du kan også justere på mængderne af det, du spiser og drikker.

"Du bliver, hvad du spiser, og du spiser, hvad du køber."

Sådan sagde Chris MacDonald engang i et interview. Og det udsagn giver god mening. Det, du har i huset, er også det, der bliver spist/drukket.

Så med en smule planlægning, kan du købe det, som du har tænkt dig at spise. Og allerede når du køber ind, kan du tage sundere valg. Valg som både her og nu, men også på sigt har en betydning for din sundhed, din samvittighed og din vægt.

Inspiration til migrænevenlige snacks og en opskrift

Her får du inspiration til, hvad du f.eks. kan have i huset af sundere alternativer, som tilfredsstiller lysten til sødt, salt og fedt. Som ofte er det, vi har lyst til op til anfald, men også efter anfaldet.

Læg mærke til, at der også er søde sager på listen, f.eks. vaniljeis og cola, da jeg ikke er tilhænger af forbud. Har du en usigelig trang efter cola, hjælper det ikke med et glas vand. I stedet for forbud kan du tænke i mængder og f.eks. skære ned på mængden af cola, så du i stedet for at drikke 1 liter, drikker en dåsecola.

Over tid gør det en stor forskel for dit indtag af sukker, der jo som bekendt indeholder en del kalorier, men også for dit koffeinindtag. Koffein kan være en hjælp eller en trigger, når det kommer til migræne. Det er individuelt.

Migrænevenlige snacks, du kan have lige ved hånden

- Knækbrød med honning
- Pære, æble eller blåbær (gerne økologiske, da sprøjterester kan give migræne)
- Branflakes med mælk og blåbær
- Popcorn, som du popper selv med rapsolie. Salt dem efter smag.
- Saltstænger (uden citronsyre - E330)
- Melon. Spis den, som den er eller skær den i skiver og frys ned. Mange har glæde af kulde under/efter anfald og det er næsten som at spise is
- Vaniljeis (uden citronsyre - E330).

Drikkevarer

- Vand
- Danskvand (uden citrus), brug gerne mynte eller agurk som smagssætning
- Grøn, hvid eller rød te
- Smoothie af blåbær eller hindbær blendet med mælk og sødet med honning



- Sort te (uden citrus), med mindre du reagerer på koffein
- Kaffe lavet på mellemristede kaffebønner, med mindre du reagerer på koffein
- Cola (med mindre du trigges af koffein), vær opmærksom på, at aspartam er en kendt trigger, hvis du drikker lightsodavand.

Saftige grovboller med æble og kardemomme

Det skal du bruge (15 stk.):

5 dl vand
 1/4 pakke gær
 1 spsk. sukker
 1 spsk. rapsolie
 1 tsk. kardemomme
 100 g havregryn
 500-600 g hvedemel evt. mere
 1,5 tsk. salt
 1 æg
 200 g groft mel, f.eks. grahamsmel

2 æbler (gerne økologiske, da sprøjterester kan give migræne)
 1 æg til pensling

Sådan gør du:

1. Lun vandet, så det er fingervarmt.
2. Opløs gær i det lunkne vand. Tilsæt olie og sukker. Lad blandingen hvile, mens du vejer de øvrige ingredienser af.
3. Skræl og riv æblerne groft.
4. Tilsæt nu kardemomme, havregryn, halvdelen af hvedemelet, salt og det grove mel. Rør det sammen til en jævn dej. Du behøver ikke at ælte dejen.
5. Tilsæt æg, revet æble og resten af hvedemelet lidt ad gangen. Dejen skal have konsistens som en tyk grød.
6. Lad dejen hæve tildækket i mindst 4 timer i køleskabet. Gerne natten over.
7. Tænd ovnen på 200 grader (180

grader varmluftovn).

8. Beklæd en bageplade med bagepapir og form 15 boller med en spiseske.
9. Pensl med æg og bag bollerne midt i ovnen i ca. 20 minutter. Hold øje med dem undervejs. Ovne er forskellige.

Bollerne kan frys og tages op, når lækkersulten melder sig. Fry dem ned, du ikke skal bruge, så snart de er kølet let af, så holder de sig saftige.

Spis bollerne med mild ost, honning eller marmelade (uden E330). Undgå jordbærmarmelade, da jordbær indeholder histamin. Spis f.eks. nogle gulerødder eller sukkerærter ved siden af.

Velbekomme!

Migrænikeres placebo er stor

migræne

Nocebo – det er vist et ret ukendt ord. Det betyder, at en uvirksom behandling (f.eks. en saltvandsinjektion), som lægen forklarer, vil fremkalde et migræneanfald, faktisk giver en del migrænikere et ægte migræneanfald. Man kan sige, at det er det omvendte af placebo – den uvirksomme medicin virker og fjerner symptomerne. Nocebo giver symptomer. Placebo fjerner symptomer.

[Forskere på Dansk Hovedpinecenter i Glostrup](#) har i mange år fremkaldt migræneanfald med diverse kemiske stoffer, for at kunne undersøge, hvad der faktisk sker i patienten, som får et (kunstigt) migræneanfald. Men ingen har samlet resultaterne af de forsøg med migræne placebo, som faktisk har været gennemført.

Forskerne fandt beskrivelser af resultater fra 182 migrænikere, som havde



fået nocebo-injektioner og 210 raske forsøgspersoner, som havde fået den samme type nocebo-behandling. Kun 0,5 % af de raske forsøgspersoner udviklede noget, som lignede migræne indenfor 2 timer, mens 8,2 % af migrænikerne fik migræne af saltvandsinjektionen indenfor 2 timer.

Men der var flere, som fik migræneanfald indenfor [3 timer og 20 minutter](#) (200 minutter) efter injektionen med saltvand. Disse let forsinkede migræneanfald ramte 25,9 % af migrænikerne og 10,2 % af de raske forsøgspersoner.

Ud fra disse resultater fandt de danske forfattere, at ud af en gruppe migrænikere i forsøg med placebo-injektioner må det forventes, at 7,6 % af migrænikerne udvikler et migræneanfald indenfor 2 timer efter injektionen, og at 15,5 % af migrænikerne udvikler et nocebo-udløst migræneanfald indenfor 3 timer og 20 minutter.

Forskerne ser ikke ud til at have lavet en korrektion for, hvor mange helt almindelige migræneanfald, der ville komme hos migrænikerne indenfor de samme tidsrammer. Det kan ikke afvises, at migrænikerne kunne udvikle et helt almindeligt migræneanfald i timerne efter injektionen. Derimod er det usandsynligt, at de raske forsøgspersoner ville udvikle migræneanfald i denne korte periode.

/ABO

Covid19, hovedpine/migræne og skole – hvordan klarer vi den kombination bedst?

migræne

Virtuel undervisning (via internettet), mangel på kontakt med kammeraterne, mangel på den daglige motion til og fra skole, mangel på en fast rutine med morgenmad og sengetid – der er mange faktorer i spil, når børn og unge, pludselig må blive hjemme fra skolen i længere tid. Ændringerne rammer nok børn og unge med migræne eller spændingshovedpine endnu hårdere end andre skoleelever. Og måske rammes børnene af migræne eller hovedpine udløst af den nye situation.

Et team af amerikanske neurologer, børnelæger og psykologer er kommet med [en stribe anbefalinger](#). De er sund fornuft, tilsat faglig viden om børnene.

Hold fast i rutinerne

Det måske vigtigste råd er at bevare en fast daglig rutine. **Spis morgenmad** som om det er en almindelig skoledag, hav rimeligt **faste tider til skolearbejdet** på skærmen (med frikvarterer ind i mellem) og husk at få daglig **motion** (leg udenfor, måske en løbetur for de større børn). Og husk også at **spise både frokost og aftensmad** – gerne sammen med familien. En rimelig (fast) **sengetid** er med til at strukturere både dag og nat.

Det er også vigtigt, at barnet har en **god arbejdsplads** uden for meget

distraherende materiale omkring computeren og med plads til bøger og papir, når det skal bruges.

Hjælp gerne barnet med at sætte **opnåelige mål**. Hvad skal nås i dag? Er der noget, som er vigtigere end andet? Er der deadlines, som skal overholdes? Det giver ro og struktur på dagene.

Husk også, at der skal være **tid til lidt sjov**. Det er OK at spille spil på computeren i nogen tid de fleste dage. Måske sammen med nogle af vennerne (som jo også sidder derhjemme)? Men sæt grænser for, hvor længe det er OK at spille. Der skal også være tid til at være sammen med familien og til at lave noget, som ikke handler om en computerskærm.

Prøv også at motivere barnet til at prøve **nye færdigheder** på computeren. Grafik? Film? Lydoptagelser? Programmering? Der er sikkert masser af andre spændende ting, som kan udforskes og mestres.

Måske er motivationen ikke i top hver dag. Så lidt støtte til at gøre et projekt færdig, kan være god hjælp – og sikre, at målene nås. **Husk at rose!**

Og måske allervigtigst – der skal være plads til en plan B, når barnet har migræne eller spændingshovedpine.



Om skærmen

Voksne migrænikere har ofte problemer med skærmarbejde. Børn har sikkert de samme problemer, men formulerer det måske ikke så klart. Prøv at **justere skærmens lys og kontrast**. Blåt lys fra skærmen er ofte et problem – især lige inden sovetid. Prøv at justere den hvide farve på skærmen, så det indeholder lidt ekstra grønt eller rødt.

Der skal helst være **lys omkring skærmen** – sådan nogenlunde samme lysstyrke, som skærmen. Det giver mindre træthed i øjnene.

Husk at **holde pauser**, stræk nakken, sving med armene og træk vejret dybt ind. Det er også godt at komme op at stå af og til og gå lidt omkring.

Mange af disse råd er også brugbare, når skolen igen åbner. Men ingen af rådene kan helt erstatte samværet i skolen.

/ABO

Migrænikeres hørelse er lidt for god

migræne

Eller sagt på en anden måde, [lyde opfattes bedre af migrænikere](#). Og jo flere migrænedage per måned, jo stærkere opfatter migrænikerne lydene i omgivelserne. Det er resultaterne fra en undersøgelse med 61 migrænikere og 101 kontrolpersoner, som ikke led af migræne.

Alle forsøgsdeltagere deltog i en høre-test, som afslørede, hvor små lyde

(svage lyde) de kunne høre. Dem med kronisk migræne (mere end 15 hovedpinedage om måneden, heraf mindst 9 migrænedage) hørte endnu svagere lyde end dem med episodisk migræne. De ældre migrænikere havde dog en knapt så skarp hørelse som de yngre.

En del af migrænikerne oplevede, at lyde kunne udløse et migræneanfald. Deres hørelse var skarpere end dem, der ikke blev generet af lys.

Forskerne peger på, at det nok ikke er ørerne eller øjnene, som giver problemerne for migrænikerne. Lyd og lys bearbejdes i hjernestammen, og det er her, den øgede følsomhed for lyd og lys findes. Men ørepropper og solbriller kan måske alligevel afbøde nogle af generne.

/ABO

Hver 4. migræniker har fortsat migræne som pensionist

migræne

Ud af 2.038 tilfældigt valgte ældre (65 til 86 år gamle) borgere i Ruhr-området i Tyskland havde 9,4% migræne og 3,5% havde migræne med aura. Langt de fleste (8,2%) havde episodisk migræne, dvs. 0 – 8 migrænedage om måneden. 10 af deltagerne (0,5%) havde mere end 15 hovedpinedage om måneden, heraf 9 eller flere migrænedage, dvs. de havde kronisk migræne.

Så ja, der er forholdsvis færre ældre, som lider af migræne end i den samlede befolkning. Rapporten om de [tyske migrænikere](#) oplyser, at den gennemsnitlige alder for ophør af migrænen er omkring 53 år (+/- 12 til 15 år) for både mænd og kvinder.

	Migræne inden for de sidste 12 måneder	Kronisk migræne
Ældre i Ruhr (65 til 86 år)	9,4%	0,5%
Hele befolkningen i Europa	15%	4%

Og der er klart færre ældre, som har kronisk migræne.

Forskerne så også på, om der var faktorer i migrænikernes liv, som fulgte med eller som måske beskyttede mod migræne i pensionist-tilværelsen.

Migræne og depression

Depression var den faktor, som især karakteriserede de ældre migrænikere. 6% af de kvindelige migrænikere tog antidepressiv medicin (muligvis som forebyggende mod migrænen), mens kun 3% af kontrolgruppen (uden migræne) tog denne medicin.

Forfatterne omtaler dette, som at **depression bidrager** til, at de ældre har migræne. Dette synes som et bevidst ordvalg, selvom andre kilder (se f.eks. [S. Ashina et al. 2012](#)) har

vist, at depressionen lige så godt kan være en følge af migrænen. En søgning på '[pain and depression](#)' (smerter og migræne) på Google gav tilsvarende svar, som generelt siger, at smerter og depression ofte forekommer sammen, men det er vanskeligt at identificere, hvilken af de to der forårsager den anden.

Depression blev i denne undersøgelse defineret ved en "[short version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale](#)" (indsat til højre). Den består af 10 spørgsmål. Alle svar giver en 'karakter' fra 0 til 3 (regnet fra venstre mod højre i skemaet). Spørgsmål 5 og 8 er usandsynlige hos en med en alvorlig depression, og karakterskalaen går derfor fra -3 til 0 (markeret med rødt). En samlet karakter på 10 eller derover udløser diagnosen 'depression'.

Så måske er den skala, som blev brugt i undersøgelsen, lidt for følsom overfor virkningerne af smerter. Skalaen handler jo om, hvordan vi klarer hverdagens udfordringer. Migrænesmerter kan være så stærke, at de påvirker vores evne til at klare de daglige aktiviteter (citat fra [Mayo Clinic](#)).

Pas på!
Depressions-testen udløser let diagnosen depression, hvis du har smerter.

Migræne og motion

En anden faktor, som påvirkede de tyske ældres migræne, er motion. Ældre, der dyrker motion, er mindre udsatte for migræne, end dem, der

Center for Epidemiologic Studies Short Depression Scale (CES-D-R 10)

Below is a list of some of the ways you may have felt or behaved.

Please indicate how often you have felt this way during the past week by checking the appropriate box for each question.

	Rarely or none of the time (less than 1 day)	Some or a little of the time (1-2 days)	Occasionally or a moderate amount of time (3-4 days)	All of the time (5-7 days)
1. I was bothered by things that usually don't bother me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. I had trouble keeping my mind on what I was doing.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. I felt depressed.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. I felt that everything I did was an effort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. I felt hopeful about the future.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. I felt fearful.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. My sleep was restless.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. I was happy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. I felt lonely.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. I could not "get going."	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Karakterskala	0	1	2	3
Karakterskala	-3	-2	-1	0

En karaktersum på 10 udløser diagnosen 'depression'.



hygger sig i sofahjørnet. Også her er det vanskeligt at se, om de motionerende ældre netop motionerer, fordi de ikke har migræne, mens dem med migræne-dage hellere bliver siddende. Det at have børn (som formentlig er voksne nu) reducerede også risikoen for at lide af migræne.

/ABO

Undertegnede er, så vidt jeg ved, særdeles robust mht. depressioner. Et par dårligt behandlede migrænedage i ugens løb ville sende mig direkte til diagnosen 'depression'. Måske er undersøgelsens vigtigste resultat ikke helt pålideligt.

Migræne vinder en førsteplads i Global Burden of Disease study 2019

migræne

Vinderpositionen gælder dog kun for [kvinder mellem 15 og 49 år](#). Og kun, hvis man anvender den målestok, som kaldes "years lived with disability" (år levet med sygdommen eller YLD). 2. og 3. pladsen for de unge kvinder gik til ondt i ryggen (2. pladsen) og alvorlig depression (3. pladsen).

Førstepladsen er opnået på basis af opgørelser af antal personer med en af 369 diagnoser, deres alder og forventede levetid i 204 lande. Det giver i alt 3,5 milliarder oplysninger. Der er ikke taget hensyn til, om smerter mv. pga diagnoserne kan behandles eller bliver behandlet.

De rige lande, hvor gennemsnitslevealderen er høj, er specielt med til, at de unge kvinder får førstepladsen her. Dels begynder migræne tidligt i livet, og dels er der ikke så mange som slipper af med diagnosen.

Formålet med at rangordne de mange diagnoser er, at pege på sygdomme, som kun har fået lidt opmærksomhed i den globale sundhedspolitik.

"The prominent position of headache disorders in the DALY rankings in the 10-24-year and 25-49-year age groups has received little attention in global health policy debates."

Dette store arbejde gennemføres af Institute for Health Metrics and Evaluation, med støtte fra Bill & Melinda Gates Foundation, and the National Institute on Aging and the National Institute of Mental Health of the National Institutes of Health.

/ABO



Det er fint at migræne får opmærksomhed. Men det er trist, at migræne, ud fra disse opgørelser, er den sygdom, som rammer unge kvinder hårdest.

Hvis opmærksomheden kan bidrage til, at flere migrænikere får den medicin, de har behov for, er der måske også noget at glæde sig over.

Er der forskel på mænds og kvinders migrænetriggere?

migræne

Ja, vist er der forskel. Kun kvinder har menstruationsmigræne. Men ud over denne uundgåelige forskel, er der – næsten – lige mange mænd og kvinder, som mener de får migræne af en lang række

triggere. Kvinderne registrerede generelt lidt flere triggere end mændene.

Fysisk anstrengelse og fødevarer var dog vigtigere triggere for mændene. Alkohol blev registreret som trigger af lige mange mænd og kvinder.

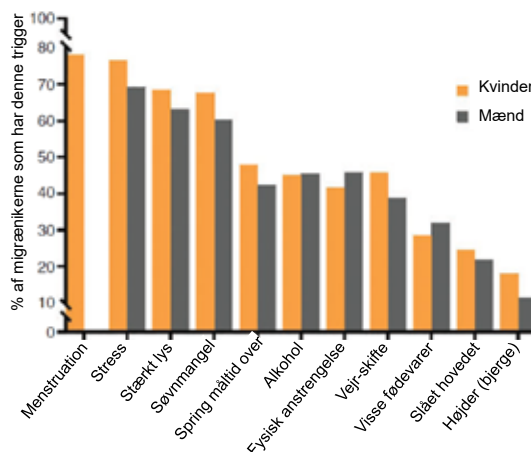
Forskellene var ikke store mellem de to køn, men forfatterne til undersøgelsen foreslår alligevel, at kvinderne på grund af

deres kønshormoner måske er lidt mere følsomme overfor triggerne end mændene.

Resultaterne bygger på svar fra 5.725 kvinder og 1.061 mænd med migræne. Deltagerne boede i Holland og var

i gennemsnit normalvægtige (BMI i gennemsnit på 25) og var i gennemsnit midt i 40'erne. De havde i gennemsnit 8 migrænedage om måneden.

/ABO



Det er fristende at tænke, at mændene nok er mere fysisk aktive end kvinderne, og at mændene også drikker mere eller oftere alkohol. Det kunne gøre det mere synligt, at disse faktorer kan udløse migræne. Men denne vinkel omtales ikke af forskerne.

Det er desuden glædeligt, at medicinalfirmaerne Novartis, Lilly og Teva, som har støttet flere af forfatterne, synes at acceptere, at migræneanfald har en række triggere, som vi migrænikere kan arbejde med.

Indkaldelse til Online Generalforsamling for Migræne danmark 22. april kl. 19.30-21

Husk tilmelding på info@migraeniker.dk

Program

19.30-20.15: Psykolog Dorte Kjeldgaard holder foredrag:
Mange oplever, at smerterne skaber en kløft mellem den de ønsker at være og den de er, mellem det de ønsker at kunne versus det, de kan. Disse kløfter kan være svære at acceptere, ikke mindst fordi det kan rokke ved vor grundlæggende opfattelse af hvem vi er og det kan udfordre vore værdier omkring hvad der giver livet mening. Oplægget vil fokusere på dette skisma og håndteringen af smerten.



20.15-21.00: Generalforsamling

NB: Forslag til generalforsamlingen skal være bestyrelsen i hænde senest 2 uger før generalforsamlingen.

Dagsorden for generalforsamlingen

1. Valg af mødeleder
2. Valg af referent
3. Godkendelse af dagsorden
4. Godkendelse af referat fra forrige generalforsamling
5. Formandens beretning
6. Godkendelse af revideret regnskab
7. Fastsættelse af kontingent
8. Valg af bestyrelsesmedlemmer
 - a. Anne Egelund er på valg
 - b. En bestyrelsespost er ledig
9. Valg af suppleanter
10. Evt. valg af revisor og revisorsuppleant
11. Indkomne forslag
12. Eventuelt.

Bestyrelsen tager forbehold for ændringer frem til 4 uger inden generalforsamlingen.



Migræne danmark
Anne Egelund
Mosevangen 49
3460 Birkerød

Migræne og arbejdsliv – et nyt format for foredrag

Af formand Anne Egelund

I begyndelsen af december afprøvede vi en ny form for online-event, hvor vi afsatte en time til Helene, som i dagligdagen både forsker i psyko-socialt arbejdsmiljø og samtidig har kronisk migræne. Formålet var på uformel og uforpligtende måde at skabe rum for, at tilhørerne dels kunne blive klogere på emnet arbejdsliv og migræne, og dels få mulighed for at spørge Helene om hendes coping strategier. Endelig var formålet at tilhørerne kunne dele deres egne erfaringer (hvis de havde lyst).

Det blev en god oplevelse. Helene holdt et ganske kort oplæg om sin egen historie, hvor en mere fyldig udgave kan læses i Migræne Nyt november 2020. Herpå åbnede hun op for spørgsmål og erfaringsdeling. Tilhørerne var meget forskellige steder i deres liv og migrænehistorier, og de fleste delte deres egne erfaringer.

Ved evalueringen efterfølgende meldte deltagerne ud, at de havde haft en god oplevelse, hvor formålet med arrangementet blev opfyldt. Deltagerne opfordrede til lignende arrangementer i fremtiden. Har du et ønske til et arrangement, meld da gerne ind til info@migraeniker.dk.

