

Høringsnotat - National klinisk retningslinje for ikke-medicinsk behandling af hovedpine

Den Nationale kliniske retningslinje for ikke-medicinsk behandling af hovedpine har været i bred offentlig høring og peer review, i perioden fra d. 8. december 2020 til d. 31. januar 2021.

Der er modtaget høringssvar fra følgende parter:

- Dansk Kiropraktor Forening
- Dansk Psykolog forening
- Dansk selskab for Fysioterapi
- Dansk selskab for Kiropraktik
- Danske Osteopater
- Danske Regioner
- Dansk Selskab for Almen Medicin
- Sundhedsstyrelsen
- Migræne og hovedpineforeningen
- Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin
- Hovedpineklinikken SVS

Arbejdsgruppen og sekretariatet takker for de indkomne høringssvar.

Den Nationale Kliniske retningslinje har desuden være i peer review hos:

- Gert Bronfort, DC, PhD, Research Professor, University of Minnesota
- Espen Saxhaug Kristoffersen, Associate professor, Neurolog, University of Oslo og Akershus Universitetshospital

Følgende notat er en opsummering af hovedlinjerne i de modtaget høringssvar, samt en besvarelse på hvordan der er taget hånd om disse i retningslinjen.

Alle høringssvar samt peer review er offentliggjort på hjemmesiden for Nationalt videnscenter for Hovedpine (<http://videnscenterforhovedpine.dk/>)

Generelle kommentar fra indkomne hørings svar

Valg af fokuseret spørgsmål

Dansk Selskab for Fysioterapi, Dansk Selskab for Smerte og Fysioterapi og Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi henviser til at det er uklart hvorfor netop disse fem interventioner er valgt. Det foreslås at der tilføjes en uddybende forklaring, gerne med hvilke fravalg der er foretaget. Evt. kan det tilføjes, om de valgte interventioner vurderes til at være de mest evidensbaseret eller hyppigst anvendt interventioner i sundhedsvæsnet.

Det er arbejdsgruppens erfaring, at disse interventioner hyppigt bliver efterspurgt af patienterne, samtidig med at der er tale om interventioner der er tilgængelige for patienterne på tværs af landet. De undersøgte interventioner er udvalgt med det formål at få afklaret evidensen, for således at kunne sikre en ensartet evidensbaseret indsats på tværs af landet samt medvirke til hensigtsmæssige patientforløb.

Dette vil blive præciseret under emneafgrænsningen i indledningen.

Valg af outcomes

Dansk Selskab for Kiropraktik henviser til at det er uklart hvorfor frekvens som antal hovedpinedage per måned er valgt som det kritiske outcome og ikke antal dage med migræne/spændingshovedpine per måned, når det er migræne/spændingshovedpine der er PICO spørgsmålenes fokus og ikke hovedpine generelt.

Vi anerkender at de kritiske outcome ikke direkte afspejler migræne/spændingshovedpine, men i stedet må anses for at være et mere generelt outcome med fokus på smerte. Det er vores vurdering, at de underliggende mekanismer man forsøger at påvirke igennem de non-farmakologiske tiltag, ikke er specifikke for hverken migræne eller spændingshovedpine, hvorfor at det mere generelle outcome "antal hovedpinedage" er blevet valgt som kritisk.

Vi er enige i, at det for de enkelte spørgsmål samtidig er nødvendigt at differentiere mellem antal dage med hhv. migræne eller spændingshovedpine. Disse outcomes indgår derfor som vigtige outcomes under de respektive spørgsmål. Både antal dage med migræne/spændingshovedpine samt antal hovedpinedage pr måned, bidrager begge til den samlede vurdering af interventionen og dermed til udformningen af den endelige anbefaling.

Danske regioner gør opmærksom på de tværfaglige og tværsektorielle aspekter omkring behandlingen af denne patientgruppe og tilmed fokus på en biopsykosociale tilgang. Patienterne er kroniske smertepatienter, hvorfor det ikke altid vil give mening at se på "antal dage med hovedpine" og patientforløbene ses, erfaringsmæssigt, meget forskellige. Det bør derfor overvejes, hvorvidt man i de nationale kliniske retningslinjer lader smerterne være det overvejende måleredskab, frem for aktivitetsniveau og livskvalitet, der ikke vægtes særlig meget.

Vi er enige i, at patientforløbene kan være meget forskellige, og at der derfor er et behov for at se på flere aspekter af en given intervention. Vi har valgt ikke at se udelukkende på kroniske hovedpinepatienter, men hovedpine bredt set. Hertil har vi valgt "antal af dage med hovedpine" som det kritiske outcome, da dette må anses som værende et generelt outcome med fokus på smerte. Dette har vi suppleret med en række andre vigtige outcomes, såsom aktivitetsniveau og livskvalitet. De vigtige outcomes er inkluderet med det formål at undersøge bredden af interventionen, da vi ønsker at få et indblik i hvilke andre aspekter udover smerte, interventionen givetvis kunne have en positiv indvirkning på. Alle outcomes bidrager til den samlede vurdering af interventionen og dermed til udformningen af den endelige anbefaling.

Manglende evidens

Dansk Selskab for Kiropraktik henviser til, at det i retningslinjen anføres, at denne vil ruste den sundhedsprofessionelle og/eller patienten til at tage et sikkert og oplyst valg omkring behandlingsmuligheder. Da alle de beskrevne ikke-medicinske behandlinger har lav eller meget lav evidens og er meget forskelligartede, så er vi ikke overbeviste om hvor sikkert et valg man vil kunne træffe herudfra og anbefaler derfor en blødere formulering.

Vi er enig i denne betragtning. Den pågældende sætning i baggrundsafsnittet er derfor nu blevet ændret til en blødere formulering. Som en hjælp til klinikerne, har vi desuden valgt at inkludere cases der tager udgangspunkt i de enkelte anbefalinger. Formålet med dette er at eksemplificere i hvilken situation vi vurderer, at det vil være gavnligt at afprøve en given intervention.

Formulering af de svage anbefalinger

Dansk Selskab for Almen medicin henviser til at formuleringen af de svage anbefalinger ofte er uklar, hvilket gør dem vanskeligt at afkode.

7. Svag anbefaling: "Overvej psykologisk behandling i tillæg til vanlig behandling til patienter, hvor den oplevede symptombyrde som følge af migræne i livsførelsen er betragtelig."

13. Svag anbefaling: "Overvej psykologisk behandling i tillæg til vanlig behandling, til patienter hvor den oplevede symptombyrde som følge af spændingshovedpine i livsførelsen er betragtelig."

Kunne det fx omformuleres til: "Overvej psykologisk behandling i tillæg til vanlig behandling til patienter, der oplever, at spændingshovedpine/migræne i betragtelig grad begrænser livsførelsen."

Vi er enig i overstående kommentar. Anbefalingen for psykologisk behandling er nu ændret til det foreslået. Formuleringerne for de øvrige svage anbefalinger er ligeledes blevet genbesøgt.

Vejledning af patienterne

Sundhedsstyrelsen henviser til at man generelt skal overveje om teksten til den enkelte anbefaling hjælper klinikerne til at vejlede patienter i de forskellige behandlingsformer, hvis man anbefaler alle behandlingsmuligheder til alle patienter.

Retningslinjen og dens anbefalinger henvender sig til en præ-defineret patientgruppe, som beskrevet i indledningen og de fokuserede spørgsmål. Formålet med denne NKR er ikke at undersøge hvilken patientgruppe der vil have gavn af en intervention. I stedet ønsker vi at undersøge hvilke interventioner der kan anvendes til den prædefineret patientpopulation. Anbefalingerne er således møntet på samme patientgruppe på tværs af interventionerne. Klinikerne bør i samråd med patienten vurdere hvilken af de undersøgte interventioner, der for den enkelte patient kunne være gavnligt at afprøve.

Som en hjælp til klinikerne, har vi valgt at inkludere cases der tager udgangspunkt i de enkelte anbefalinger. Formålet med dette er at eksemplificere i hvilken situation vi vurderer, at det vil være gavnligt at afprøve en given intervention.

Evidensprofilerne

Sundhedsstyrelsen henviser til at der for de outcomes, hvor der ikke er identificeret studier at man med fordel kan angive '0 studier' under fanebladet 'resultater og målinger'. Således vil der være mulighed for at italesætte arbejdsgruppens forventninger til effekten af interventionen for specifikt de kritiske outcomes i

evidensprofilens sammendrag. Dette vil være af stor hjælp specielt mht de kritiske outcomes, der ikke er supporteret af effektestimater, men som danner grundlag for rationale for anbefalingen. Og vil samtidig kunne indgå i formuleringen af det underliggende rationale for anbefalingen.

Vi har de steder i evidensprofilen, hvor der ikke er blevet fundet data for de prædefineret outcomes, inkluderet følgende i sammendraget: "Vi fandt ingen studier, der opgjorde XX". Vi håber dette er tilstrækkeligt til at læseren får et overblik over de steder, hvor der er mangel på evidens. Vi har derfor valgt ikke også at inkludere "0 studier", da dette må anses som værende redundans.

Vi har valgt ikke at inkludere arbejdsgruppens forventninger til et givent outcome, herunder de kritiske, i de tilfælde hvor der er mangel på data. Dette er ikke en metodisk tilgang der beskrives i hverken den publiceret metodehåndbog fra SST eller inden for GRADE metodikken. Evidensprofilerne bruges som et redskab til at angive de resultater, man har fundet frem til ud fra de inkluderede studier og respektive metaanalyser. Det vil således være misvisende, hvis evidensprofilen indeholder både konsensus formuleringer samtidig med at den beskriver fund baseret på data. Eftersom at dette er et forslag fra SST og at der ikke er tale om en publiceret eller anerkendt procedure, så foretrækker vi at beholde evidensprofilerne i deres nuværende form. I de tilfælde hvor der ikke er fundet evidens for de kritiske outcome, indgår de kritiske outcome ligeledes heller ikke i rationale for anbefalingen. Det gøres i stedet klart i sammenfatningen, at der ikke er blev fundet data for de kritiske outcomes. Derved gøres læseren opmærksom på at dette er en mangel, der bør undersøges i fremtidige studier.

Metoden

Dansk Psykolog forening henviser til, at der i udarbejdelsen af NKR er velkendt, at GRADE-metoden typisk medfører lavere score for ikke-farmakologiske studier, som fx studier, der undersøger effekt af psykologbehandling, da man med RCT ikke har mulighed for blinding af deltagere. Selvom de behandlingsformer, som f.eks. psykologer i somatikken arbejder med, i højere grad i dag undersøges med et RCT-format og derved blive vurderet i NKR, så medfører GRADE-metoden, at anbefalingen stadig vil blive svag jf. den manglende mulighed for blinding af deltagere. Dette medfører, at psykologbehandling ikke kan opnå den samme evidensstyrke ud fra GRADE-metoden på trods af, at den opsøges og efterspørges af patienterne samt kan opleves som klinisk virksom og hensigtsmæssig for patienten. Vurderingen af svag evidens medfører herved en svag anbefaling af psykologisk behandling, som ikke nødvendigvis er retvisende i praksis, hvor patienter i mere eller mindre grad kan profitere af behandlingen.

Vi er enig i denne betragtning. Vi henviser til, at vi har forsøgt at gøre læseren opmærksom på denne problematik vedr. GRADE i kapitlet omhandlende "behandlingseffekten".

Øvrige

Sundhedsstyrelsen henviser til at det endnu ikke er anført hvem der er kontaktperson for denne retningslinje.

Dette er nu blevet inkluderet

Sundhedsstyrelsen foreslår at udarbejde og indsætte eksempler på patientcases til at belyse brug af anbefalingerne i klinisk praksis. Dette kunne også gælde for cases hvor man for eksempel ikke ville tilbyde interventionen.

Vi er enige i den betragtning. Vi har nu inkluderet cases der tager udgangspunkt i de enkelte anbefalinger.

Kommentar til de enkelte kapitler fra indkomne høringsvar

Indledningen

Dansk Selskab for medicin henviser til at der på s. 7 omtales "den primære, sekundære og tertiære sundhedssektor": Det formodes, at der menes forebyggelse og ikke sundhedssektor

Her menes der sundhedssektor. Det er blevet præciseret i indledningen, hvad der her henvises til.

Manuel ledmobiliserende behandling

Dansk Kiropraktor Forening henviser til at tilskudssystemet kan favorisere lægebesøg og dermed medicinsk behandling af hovedpinesygdomme

Vi anerkender at der kan være forskel på interventionerne mht. tilskudssystemet. Det er dog ikke muligt inden for rammerne af en NKR, at tage stilling til de økonomiske aspekter. Vi har dog under "praktiske oplysninger" gjort opmærksom på, at visse interventioner er forbundet med egenbetaling.

Dansk Selskab for Fysioterapi, Dansk Selskab for Smerte og Fysioterapi og Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi efterspørger om der er taget et bevidst fravalg af nogle former for manuel terapi. Hvis ikke, kunne overskriften passende ændres til manuel terapi

Interventionen omhandler følgende:

Ledmobiliserende teknikker (behandlingsvarighed på 1-12 måneder) i tillæg til vanlig behandling
Ledmobiliserende teknikker omfatter her alle manuelle teknikker, der sigter mod at påvirke led, muskler og bindevæv i nakke, brystryk og lænderyg – eller cervikalt, thorakalt og lumbalt mellem ryghvirvlerne i nakken og øvre thorakale region. Det vil sige såvel mobilisering eller manipulation inden for leddets normale bevægeområde. Behandlingen skal udføres af relevant fagpersonale

For at holde beskrivelsen af interventionen så præcis som muligt, vælger vi at fortsætte med overskriften "Manuelle ledmobiliserende teknikker".

Dansk Selskab for Fysioterapi, Dansk Selskab for Smerte og Fysioterapi og Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi henviser til at der for manuel behandling (PICO 1) ikke er fundet studier for de kritiske outcomes, samtidig med at der ikke ses effekt på de vigtige outcome. Der spørges til om dette ikke giver anledning til en konsensus anbefaling frem for en svag anbefaling for.

Vi er enige i at der er begrænset evidens for brugen af manuelle ledmobiliserende teknikker til migræne. Jævnfør GRADE metoden og metodehåndbogen udarbejdet af SST, skal der, så snart der er studier for en given intervention, udarbejdes en svag/stærk anbefaling der enten er for eller imod. Dette er uafhængig af om hvorvidt studierne finder en effekt eller ej, herunder om de besvarer de kritiske outcomes. Konsensus anbefaling er kun muligt hvis der ikke er fundet studier for en given intervention. Vi vælger derfor at lade anbefalingen være i sin nuværende form.

Sundhedsstyrelsen henviser ligeledes til, at der for anbefalingen vedr. brug af manuel behandling til migræne (PICO 1), ikke er fundet nogle positive effekter eller bivirkning. Der er variation i patientpræferencer og det er forbundet med egenbetaling. Det henvises til at det er usandsynligt at der vil være alvorlige bivirkninger ved interventionen, og at der grundet patientpræferencer kan overveje at lave en svag anbefaling imod. Det kunne fx formuleres som "Anvend kun systematisk ledmobiliserende teknikker efter nøje overvejelse til patienter med migræne der samtidig har nakkesmerter. I støtteteksten kunne man så uddybe at de patienter der har nakkesmerter måske kan have gavn af det. Alternativt bør netop migrænepatienter med nakkesmerter skrives ind i anbefalingen.

Det er ikke givet, at det er usandsynligt, at en intervention ingen alvorlige bivirkninger medfører. Dette kan kun angives, hvis der er belæg for det. Vi kan ud fra de inkluderede studier ikke se nogle alvorlige bivirkninger, hvilket vi mener er essentielt at påpege. Tilsvarende, er det et krav fra Sundhedsstyrelsen at man generelt tager stilling til bivirkninger i forbindelse med en intervention, herunder de alvorlige, hvorfor dette indgår i de fokuserede spørgsmål. De fokuserede spørgsmål, herunder de udvalgte outcomes er tilsvarende blevet vurderet og godkendt af Sundhedsstyrelsen inden søgning efter litteratur gik i gang.

For de svage anbefalinger, henviser SST i deres læsevejledning til at følgende gør sig gældende ved valg af retning:

Svag anbefaling for: *Der gives en svag/betinget anbefaling for interventionen, når det vurderes, at fordelene ved interventionen er større end ulemperne, eller den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved interventionen, samtidig med at det vurderes, at skadevirkningerne er få eller fraværende. Denne anbefaling anvendes også, når det vurderes, at patienters præferencer varierer.*

Svag anbefaling imod: *Der gives en svag/betinget anbefaling imod interventionen, når det vurderes, at ulemperne ved interventionen er større end fordelene, men hvor dette ikke er underbygget af stærk evidens. Denne anbefaling anvendes også, hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelige at afgøre. Ligeledes anvendes den også, når det vurderes, at patientens præferencer varierer.*

Jævnfør dette, vil følgende trække i retning af en svag anbefaling for:

- Lav eller meget lav tiltro til de estimerede effekter.
- Balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger er ikke entydig.
- Patienternes præferencer og værdier vurderes at variere væsentligt, eller de er ukendt

Der er i vores tilfælde tale om en intervention, hvor den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel, grundet det meget lave evidensniveau. Der er behov for mere forskning på området før at man kan konkludere på dette. Samtidig er skadevirkningerne fraværende. Vi ser på nuværende tidspunkt således ingen ulemper ved interventionen, og vi vurderer heller ikke at der givetvis vil være nogen ulemper, tilsvarende overstående kommentar fra Sundhedsstyrelsen. Sammenlagt gør dette at vi anbefaler for brugen af manuel behandling. Interventionen er desuden forbundet med patientpræferencer. Dette taler for en svag anbefaling, da ikke alle patienter vil være interesseret i interventionen.

Efter at have genbesøgt anbefalingen, har vi valgt helt at undlade at kommentere på patienter med nakkesmerter. Dette skyldes at vi ikke systematisk har undersøgt dette i vores litteraturgennemgang, men at det i stedet i sin tid har bygget på en rationel faglig betragtning.

Sundhedsstyrelsen henviser til at der i sammenfatningen for PICO 1 står der: "For de vigtige outcomes viser resultaterne, at behandling med manuel ledmobiliserende teknikker som tillæg til vanlig behandling muligvis har en positiv indvirkning på funktionsevnen målt ved endt behandling. Dette er ikke helt i overensstemmelse med evidensprofilen, hvor der står at der ikke blev fundet studier der belyste funktionsevnen.

Tak for at gøre opmærksom på dette. Det er nu blevet slettet fra sammenfatningen.

Dansk Selskab for Fysioterapi, Dansk Selskab for Smerte og Fysioterapi og Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi henviser til at for alle tre studier i PICO 1, sammenlignes med medicinsk behandling. Sammenligningen kan derfor med fordel ændres til "medicinsk behandling" for at præcisere at der ikke er tale om andre non-farmakologiske interventioner.

Formuleringen "ingen ledmobiliserende behandling" er i overensstemmelse med den formulering som fremgår i det fokuseret spørgsmål og som litteraturen er blevet valgt ud fra. Vi vil i stedet gerne henvise til sammenfatningen, hvor der detaljeret beskrives hvad kontrolgruppen indeholder.

Dansk selskab for Kiropraktik henviser til at DSK har udgivet en monofaglig klinisk vejledning omkring håndtering af hovedpinepatienter i kiropraktor praksis, som det ville være ønskeligt var med som reference. https://dskkb.dk/wp-content/uploads/2019/10/Vejledning_Hovedpine_3korr.pdf

Tak for denne henvisning. Vi vil tage stilling til referencen i forbindelse med udarbejdelsen af de patientrelevante cases.

Sundhedsstyrelsen henviser til at der for PICO 2 i støtteteksten til anbefalingen kunne tilføjes, at det muligvis primært vil være tale om patienter med nakkesmerter.

Efter at have genbesøgt anbefalingen, har vi valgt helt at undlade at kommentere på patienter med nakkesmerter. Dette skyldes at vi ikke systematisk har undersøgt dette i vores litteraturgennemgang, men at det i stedet i sin tid har bygget på en rationel faglig betragtning.

Superviseret fysisk aktivitet

Dansk Selskab for Kiropraktik henviser til, at det nævnes omkring superviseret fysisk aktivitet, at interventionen bør baseres på en individuel helhedsvurdering af patienten. Dette vil være relevant for alle de nævnte interventioner og ses derfor som overflødig kun at nævne her, ellers bør det nævnes ved alle.

Vi er enig i denne betragtning. Vi har inkluderet en generel kommentar omkring dette under indledningen samt slettet den generelle betragtning under anbefalingen.

Psykologisk behandling

Danske Regioner henviser til at det er vanskeligt at forstå, at der gives svag anbefaling af psykologisk behandling af migræne, når der ikke kan påvises effekt på nogle parametre, hverken migræne-relaterede eller andre.

Sundhedsstyrelsen er inde på samme problematik og henviser at anbefalingen givetvis kan ændres til en imod anbefaling (for PICO 5 og 6).

I henhold til GRADE metoden og metodehåndbogen fra SST, er der mulighed for at give enten en svag eller stærk anbefaling, som taler for eller imod en given intervention. Evidensen er ikke tilstrækkelig til en stærk anbefaling, hvorfor det bliver en svag anbefaling. For de svage anbefalinger, henviser SST til, at retningen angives ud fra følgende:

Svag anbefaling for: Der gives en svag/betinget anbefaling for interventionen, når det vurderes, at fordelene ved interventionen er større end ulemperne, eller den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved interventionen, samtidig med at det vurderes, at skadevirkningerne er få eller fraværende. Denne anbefaling anvendes også, når det vurderes, at patienters præferencer varierer.

Svag anbefaling imod: Der gives en svag/betinget anbefaling imod interventionen, når det vurderes, at ulemperne ved interventionen er større end fordelene, men hvor dette ikke er underbygget af stærk evidens. Denne anbefaling anvendes også, hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelige at afgøre. Ligeledes anvendes den også, når det vurderes, at patientens præferencer varierer.

For psykologisk behandling, er der for nuværende, ikke noget der tyder på, at ulemperne ved interventionerne skulle være større end fordelene. Der er samtidig ikke blevet observeret nogle alvorlige bivirkninger i relation til interventionen. Det er arbejdsgruppens vurdering, at mange patienter med

kroniske smerter kan være påvirket af andre psykologiske problemstillinger, hvortil at psykologisk behandling samlet set kan være gavnligt. Dette har vi nu præciseret yderligere under patientpræferencerne samt i kommentaren til anbefalingen for hhv. PICO 5 og 6. Der gives derfor en svag anbefaling for brugen af psykologisk behandling, til de patienter som oplever at symptombyrden påvirker livsførelsen betragteligt

Sundhedsstyrelsen henviser desuden til at anbefalingen ledsages af sætningen '...patienter, hvor den oplevede symptombyrde som følge af migræne i livsførelsen er betragtelig'. Dette omtales ingen andre steder, bør uddybes, og tilføjes i støttetekst og under 'Andre overvejelser'.

Problematikken omkring den multifacetteret sygdomsbillede hos patienter med kroniske smerter, er nu blevet præciseret under patientpræferencerne samt i kommentaren til den respektive anbefaling.

Dansk Psykolog Forening henviser til at der for PICO 5 og 6, at det ikke fremgår om de inkluderede primærstudier omfatter psykologisk behandling som en integreret del af en tværfaglig behandling, f.eks. i tillæg til farmakologisk behandling eller psykologiske behandling, som gennemføres uafhængigt af øvrig behandling for én af de to hovedpinetyper. Det er problematisk, at der ikke er taget højde for den sammenhæng, som de psykologiske behandlingsformer er undersøgt i.

Vi har i sammenfatningen for de respektive studier, nu inkluderet yderligere information omkring interventionerne, herunder om brugen af psykologisk behandling indgår som en del af en tværfaglig behandling i de enkelte studier.

Dansk Psykolog Forening henviser til at de udvalgte studier undersøger desuden effekten af meget forskellige og ikke-sammenlignelige behandlingsformer som f.eks. biofeedback, kognitiv adfærdsterapi, webbaseret undervisning samt mindfulness og afspænding, som trækker på forskellig psykologisk viden og mekanismer. Dette forringer sammenlignings-grundlaget for de to opstillede anbefalinger samt tydeligheden af, hvilken slags psykologisk behandling, der anbefales. Hertil kan den upræcise afgrænsning af behandlingsformer gøre det svært at gennemskue anbefalingerne for psykologbehandling i praksis for klinikere, der skal henvise patienter, eller de patienter, der skal vælge, hvilken psykologbehandling, de ønsker.

Vi er enig i at interventionen dækker over en bred gruppe interventioner.

I henhold til de fokuserede spørgsmål dækker interventionen over: *Psykologisk behandling inkluderer individuel eller gruppebaseret intervention ved fagperson med viden og erfaring vedr. patientgruppen og sygdommen. Interventionerne omfatter brug af forskellige terapiformer og metoder - typisk anden og tredje bølge kognitiv terapi. Interventionen skal være manualiseret eller standardiseret*

Vi har nu gennemgået alle inkluderet artikler en ekstra gang, for at være sikker på at de overholder inklusionskriterierne for det respektive PICO. Samtidig har vi i kommentaren til anbefalingen præciseret, at der er tale om en bred vifte af psykologiske tiltag. Evidensen bygger på internationale studier, hvor der tilsvarende er en variation i hvem der udfører den pågældende intervention. Vi henviser nu i kommentaren til, at man i Danmark gør brug af autoriseret sundhedspersonale.

Dansk psykologi forening henviser til at de primære studier er udført af meget forskellige faggrupper, herunder læger, psykologer, terapeuter og fysioterapeuter. Dansk Psykolog Forening mener, at de upræcise informationer om, hvem der bør behandle i behandlingen eller være den ansvarlige sundhedsperson, forringer anbefalingens kliniske værdi, fordi det ikke fremgår tydeligt, hvilke formelle kvalifikationer en given behandler skal have.

Vi har nu i kommentaren til anbefalingen henvist til, at der er tale om flere forskellige faggrupper som udfører interventionen. Det er uden for rammerne af en NKR, præcist at definere hvem der skal tilbyde behandlingen, vi henviser dog til at man i Danmark gør brug af autoriseret sundhedspersonale.

Dansk psykolog forening henviser til at beskrivelsen af de inkluderede studier af psykologisk behandling i retningslinjen medtager ikke betydningen af, hvor længe eller hvor intenst behandlingen foretages i studierne, f.eks. om en gruppe mødtes tre timer ugentligt i 16 uger eller 8 timer online tilpasset til egen hverdag. Disse metodemæssige forskelle i omfang og intensitet af behandlingen kan påvirke effekten af psykologbehandling, som vurderes ud fra de udvalgte studier. Det reducerer anbefalingernes gennemskuelighed, når der ikke tages højde for denne differentiering, da det ikke fremgår tydeligt i beskrivelsen, hvordan den anbefalede behandling bør forløbe.

Vi er enige i betragtningen om at inkludere intensiteten af behandlingen. Dette er nu blevet inkluderet under sammenfatningen for evidensen. Det er dog udover rammerne for denne NKR og de prædefineret spørgsmål, at komme med en decideret anbefaling vedr. dosis-respons.

Hertil baseres anbefalingerne på studier, som har en kort followup-undersøgelse af effekterne ved patientundervisning om livskvalitet umiddelbart lige efter behandlingen. Psykologbehandling såvel som patientundervisning sigter blandt andet mod ændring i adfærd, ændring i fortolkning af begivenheder og tillæring af færdigheder. Effekten på symptomerne kan i sagens natur først måles, når patienterne med migræne eller spændingshovedpine har haft mulighed for at anvende det tillærte i hverdagen. Studier med korte followup-undersøgelser kan således være problematiske, fordi det ikke kan forventes, at behandlingen har effekt på de udvalgte outcomes lige efter behandlingen. Det kan derfor kompromittere den kliniske værdi i forhold til at evaluere den kroniske tilstand efter blot få uger. Det er derfor også problematisk, at anbefalingerne 'pooler' studier, der har korte followup-undersøgelser med studier, der også inkluderer followup-undersøgelser efter en længere tidsperiode.

Vi har desværre kun haft mulighed for at gøre brug af det data der var rapporteret i studierne. Vi er enige i, at korte follow-up perioder generelt er en begrænsning inden for forskning. Vi vil her gerne henvise til at fremtidige studier bør anvende længere follow-up perioder, for at det derved bliver muligt bedre at kunne undersøge langtidskonsekvenserne af en intervention. Dette er nu inkluderet under kapitlet "opdatering og videre forskning".

Data er kun blevet lagt sammen, hvis resultaterne er rapporteret inden for den samme defineret tidsramme, dvs. enten efter længste follow-up eller efter endt behandling. Dette er i overensstemmelse med gængs praksis for udarbejdelsen af meta-analyser.

Dansk Psykolog Forening finder, at retningslinjens beskrivelse af, hvad forskellige psykometriske skalaer måler bør opdateres med henblik på at sikre validering. Det er vigtigt at sikre, at de givne skalaer rent faktisk måler det outcome, som den pågældende metaanalyse handler om. Der kan f.eks. stilles spørgsmålstegn ved, om 'Headache Management Self Efficacy Scale' er et relevant mål for selv vurderet helbred. Ligeledes er det usikkert om de anvendte skalaer er valideret i forhold til de konkrete populationer, hvor DASS-21 f.eks. indeholder et 'item' om mundtørhed, hvilket kan være en medicinbivirkning og ikke nød-vendigvis et symptom på angst. Dansk Psykolog Forening anbefaler derfor, at de inkluderede primærstudier omfatter data, der er relevante for de udvalgte outcomes for de forskellige PICO-spørgsmål, og hvor der har været gennemført en forudgående validering.

Vi har gennemgået alle studier igen for at verificere, at de skalaer der blev anvendt, reelt måler det pågældende outcome. Dette har medført at det outcome der måles ved brug af "headache management self-efficacy scale" og "Patient Global Impression of Change (PGIC)" nu er blevet slettet.

Anbefalingerne pointerer desuden, at formålet med psykologbehandling "...er sekundær forebyggelse samt optimeret livskvalitet gennem forbedret forståelse af faktorer med betydning for sygdommen henholdsvis

håndtering af symptomer" (s. 21 og 51 i høringsudkastet). Dansk Psykolog Forening opfatter dette som et positivt fokus, men det er imidlertid kun få af de anvendte studier, der faktisk måler effekt på netop disse variable. Det er således problematisk, at anbefalingerne bygger på studier, der ikke anvender standardiserede måleredskaber, der netop spørger ind til netop sygdomsforståelse og håndtering af sygdommen, som er udvalgt som kritisk outcome.

Vi er enige i denne betragtning og henviser til at fremtidig forskning netop bør gøre brug af standardiserede måleredskaber, som undersøger sygdomsforståelsen og håndteringen af sygdommen.

Dansk Psykolog Forening mener, at det skal tydeliggøres i anbefalingerne, at det bør vurderes, om patienten bør tilbydes psykologbehandling baseret på en individuel helhedsvurdering, som inddrager ikke blot de fysiske, men også de psykiske, kognitive, emotionelle og sociale aspekter af smertetilstanden. I den forlængelse undrer det Dansk Psykolog Forening, at patientpræferencer eller -motivation ikke er medtaget som et vigtigt outcome i metaanalyserne, sådan som det efterhånden er almindeligt i RCT af psykologisk behandling.

Vi er enige i at patientpræferencerne er et vigtigt aspekt. Patientpræferencer er ikke medtaget som et vigtigt outcome, da det er et krav fra GRADE, at der selvstændigt skal tages stilling til dette aspekt, uanset om der er studier på området eller ej. Samtidig bør patientpræferencerne afspejle dansk praksis, hvorfor man bør være påpasselig med at inkludere international litteratur til at belyse dette. Patientpræferencerne indgår derfor som et selvstændigt punkt under nøgleinformationerne. Det er således en samlet afvejning mellem de gavnlige/skadelige virkning, kvaliteten af evidensen og patientpræferencerne der til sammen afgør den endelige anbefaling.

Vi henviser til at der allerede i kommentaren til anbefalingen er angivet: "Vurderingen af om patienten bør tilbydes psykologisk behandling, bør baseres på en individuel helhedsvurdering, som inddrager ikke blot de fysiske, men også de psykiske, emotionelle og sociale aspekter af smertetilstanden"

Dansk Psykolog Forening bemærker endvidere en sproglig fejl på side 4 og 51 omhandlende PICO 6, hvor der står migræne i stedet for spændingshovedpine: "Især patienter med komplekse symptomer dvs. hvor migræne påvirker flere aspekter af hverdagen (...)"

Dette er nu blevet rettet.

Patientundervisning

Dansk psykolog forening henviser til at patientundervisning omfatter "undervisning og foredrag" (s. 34 og 60 i høringsudkastet). Det er ifølge Dansk Psykolog Forening problematisk, at denne definition er så bred, da den kan blive for uspecifik til at være klinisk meningsfuld.

Vi er enige i at der er tale om en bred definition vedr. patientuddannelse.

I det fokuserede spørgsmål har vi defineret det som følgende: *Interventionen består af sygdomsspecifik undervisning af den enkelte patient eller på holdniveau med henblik på at sikre patienten tilstrækkelig viden om sygdommen og dens håndtering. Den sygdomsspecifikke undervisning uddanner patienter og evt. pårørende i hovedpinesygdomme, behandlingsmuligheder, medicinforbrug samt egenomsorg, livsstil, motion, kost og søvn. Didaktiske metoder kan omfatte øvelser, hjemmeopgaver og dialog. Behandlingen udføres af relevant fagpersonale.*

Vi har under sammenfatningen af evidensen, yderligere præciseret hvilke slags interventioner der er tale om, således at læseren bliver klar over bredden af interventionerne. Tilsvarende har vi i kommentaren til

anbefalingen præciseret at der er tale om en bred gruppe af interventioner. Der tages ikke stilling til hvilken af disse interventioner givetvis er den bedste.

Akupunktur

Sundhedsstyrelsen henviser til at der for PICO 7, i sammenfatningen, rationalet og nøgleinformationer står der at der ikke er fundet alvorlige bivirkninger, hvilket er i modstrid med evidensprofilen, hvor der er rapporteret alvorlige bivirkninger?

Resultatet fra metaanalysen viser følgende: Relative risiko 1.61 (CI 95% 0.43 - 6.01) p=0.48. Der er her tale om et ikke signifikant resultat, der tilsvarende i de absolutte tal ikke viser nogen klinisk forskel. Der er således ikke observeret nogen forskel i forekomsten af alvorlige bivirkninger mellem de to grupper, hvilket stemmer overens med det som er rapporteret i sammenfatningen, rationalet og nøgleinformationerne.

Implementering

Dansk Kiropraktor Forening henviser til at der ikke er en decideret patientvejledning omkring hovedpine, men at der findes en patientrettet hjemmeside www.kiropraktorguide.dk der opdateres efter de nyeste retningslinjer på området

Vi takker for at der bliver gjort opmærksom på dette.

Monitorering

Sundhedsstyrelsen henviser til at proces- og effektindikatorer er omtalt p 64, men der foreligger ikke forslag til metoder til belysning.

Overskriften "proces- og effektindikatorer" er nu slettet. Vi henviser fortsat til at der endnu ikke forefindes nogen decideret metode til monitorering af hovedpinebehandling.

Forskning og opdatering

Dansk Psykolog Forening anbefaler på baggrund af høringsvaret, at evidensgrundlaget søges udvidet og styrket inden for den givne population. Hertil kan det på sigt være anbefalelsesværdigt, at retningslinjen også dækker andre hovedpinetyper, f.eks. trigeminus og Hortons hovedpine, såfremt der er gennemført tilstrækkeligt med primære studier blandt populationen. Disse har nøjagtigt som de to hovedgrupper også behov for støtte og hjælp til at håndtere og acceptere de ændrede livsvilkår, som disse sygdomme medfører.

Det er nu blevet inkluderet, at man ved en opdatering af retningslinjen med fordel kan udvide patientpopulationen til også at inkludere andre hovedpinetyper.

Sekretariat, arbejdsgruppe, referencegruppe, habilitetsforhold

Sundhedsstyrelsen henviser til at Habilitetserklæringer ikke kan tilgås og at i listen over høringsparter bedes Sundhedsstyrelsen tilføjet.

Dette er nu blevet opdateret

Generelle kommentar fra Peer reviewer

Litteratursøgning

Peer reviewer Gert Bronfort henviser til at det overordnede tema ser ud til at være valget mellem konsekvent at udelade randomiserede forsøg og systematiske gennemgange, som er publiceret før år 2000. Der gives ingen begrundelse for at udelade denne væsentlige del af litteraturen, som i nogle tilfælde er af højere metodisk kvalitet end undersøgelserne som er udvalgt for inklusion. Jeg er også uenig i mange af grundene til at udelukke både forsøg og systematiske gennemgange offentliggjort efter år 2000

I henhold til metodehåndbogen udgivet af SST skal der søges 10 år tilbage, med mindre at andet tilsiger det. Vores fokuserede spørgsmål omhandler patienter diagnosticeret i henhold til ICHD-2-3, som er et diagnose-system der først blev tilgængelig i 2004. Vi har derfor enkelte steder valgt at søge helt tilbage til 2004, da dette passer med hvornår diagnosekriterierne, som vi har valgt at bruge i denne NKR, blev tilgængelige.

Titlen

Peer reviewer Espen Saxhaug Kristoffersen spørger til om titlen på retningslinjen evt. bør afspejle at der gives råd til migræne og spændingshovedpine

Tak for kommentaren, vi vælger dog at beholde titlen i sin nuværende form.

Valg af fokuserede spørgsmål

Peer reviewer Espen Saxhaug Kristoffersen henviser til at der er behov for en kort begrundelse for valg af netop de inkluderede fokuseret spørgsmål.

Dette spørgsmål er tilsvarende høringssvaret fra Dansk Fysioterapi. Vi henviser til starten af høringsnotatet for svar på dette.

Metoden

Peer reviewer Espen Saxhaug Kristoffersen spørger til hvornår der i forhold til GRADE metoden menes at være tilstrækkelig evidens til at man kan komme med en anbefaling. Det er også muligt, ikke at komme med en anbefaling.

I henhold til GRADE og metodehåndbogen udarbejdet fra SST, er det muligt at komme med en anbefaling, både når der ingen evidens er (konsensus anbefaling) og så snart at der foreligger studier på området (svag eller stærk anbefaling). Det er ikke antallet af studier der afgør om hvorvidt man vælger at lave en anbefaling eller ej. Det er for nuværende ikke anvendt praksis, at man helt vælger at undlade at komme med en anbefaling.

Kommentar til de enkelte kapitler fra peer-reviewer

Indledning

Peer reviewer Espen Saxhaug Kristoffersen henviser til at man tydeligt og tidligt i teksten definerer hvad man mener med medicinsk behandling.

Vi har nu i indledningen præciseret, at medicinsk behandling omhandler brugen af farmakologiske interventioner.

Manuel terapi

Peer reviewer Gert Bronfort henviser til en række artikler (vedr. PICO 1 og PICO 2), herunder sætter spørgsmålstejn til hvorfor disse ikke er inkluderet.

Vi har set de respektive studier igennem og taget stilling til evt. inklusion. Derudover har vi taget stilling til de studier der i forvejen var inkluderet. Der er taget stilling til om studierne passer med årstallet for inklusion i henhold til søgestrategien, samt om det enkelte studier opfylder inklusionskriterierne for de respektive PICO.

Ud af de nye studier der refereres til, er der ingen af dem der matcher ovenstående (se bilag 1). Vi vil gerne sige tak for at Gert Bronfort har sat fokus på valg af studierne. I vores gennemgang, blev vi nemlig gjort opmærksom på, at vi havde inkluderet studier der ikke passede tilstrækkeligt med PICO, hvorfor disse nu er blevet ekskluderet. Samlet set er der nu blevet strammet op på hvilke studier der endelig er blevet inkluderet.

Peer reviewer Espen Saxhaug Kristoffersen henviser til at der her er tale om en meget heterogen behandlingsform. Det bør her gøres mere tydeligt, at nakkesmerter er en del af migræneanfaldet hos mange patienter og at det ikke er nakkesmerterne som skyldes anden patologi relateret til nakken. Det vil sandsynligvis ikke hjælpe at behandle nakkesmerter som er en del af et defineret og konkret migræneanfald. Der spørges til om man skal give en anbefaling når nu evidensen er lav samt når nu patientgruppen er så heterogen.

I henhold til GRADE og metodehåndbogen udarbejdet af SST udformes der en anbefaling, der enten kan være svag eller stærk, så snart der er studier på området. Vi er enige i at der er tale om en heterogen behandlingsform, og vil her henviser til at der i sammenfatningen er præciseret hvad de enkelte studier har undersøgt.

Efter at have genbesøgt anbefalingen, har vi valgt helt at undlade at kommentere på patienter med nakkesmerter. Dette skyldes at vi ikke systematisk har undersøgt dette i vores litteraturgennemgang, men at det i stedet i sin tid har bygget på en rationel faglig betragtning.

Superviseret fysisk aktivitet

Peer reviewer Espen Saxhaug Kristoffersen henviser til at det bør fremkomme at nogle af studierne har set på forskellene mellem aerob og anaerob konditionstræning. Eftersom at fokus for dette spørgsmål er at superviseret fysisk aktivitet er godt, bør det nævnes at der ikke foreligger nogle studier som undersøger forskellen mellem superviseret og ikke-superviseret fysisk aktivitet. Der er i stedet tale om studier, hvor man ved at begge grupper faktisk har gennemført træningen.

Vi er enig i at der ikke foreligger nogle studier der direkte undersøger forskellen mellem superviseret og ikke-superviseret fysisk aktivitet. Fokus for dette fokuserede spørgsmål var at undersøge effekten af fysisk aktivitet, hvor der forelå en vis grad af monitorering/instruks eller vejledning fra en fagprofessionel. Tilsvarende er interventionen defineret som:

"Fysisk aktivitet, instrueret/superviseret/monitoreret af relevant fagpersonale: en kategori af planlagt, gentaget og struktureret fysisk træning, der sigter mod forbedring eller fastholdelse (WHO-definition på træning). Interventionsvarighed, minimum 6 uger"

Der er således tale om en bredere forståelse af ordet "supervision". Vi har inkluderet en sætning i kommentaren til anbefalingen, for at præcisere hvad vi mener med "superviseret fysisk aktivitet".

Psykologisk behandling

Peer reviewer Espen Saxhaug Kristoffersen henviser til at man i studierne bør skelne mellem psykologisk behandling der knytter sig konkret til smertemestring og psykologisk behandling for personer med sikker og defineret komorbiditet.

For dette fokuseret spørgsmål er interventionen defineret som følgende:

Psykologisk behandling inkluderer individuel eller gruppebaseret intervention ved fagperson med viden og erfaring vedr. patientgruppen og sygdommen. Interventionerne omfatter brug af forskellige terapiformer og metoder - typisk anden og tredje bølge kognitiv terapi. Interventionen skal være manualiseret eller standardiseret

Der er således tale om en bred gruppe af interventioner, der tilsammen går under "psykologisk behandling". Grundet udformningen af det fokuserede spørgsmål, har vi i forbindelse med søgningen og litteraturudvælgelsen ikke taget stilling til om hvorvidt der er tale om interventioner der undersøger hhv. smertemestring versus behandling til personer med defineret komorbiditet. Dette kunne med fordel inkluderes i en udvidet udgave af retningslinjen ved en evt. senere opdatering.

Patientuddannelse

Peer reviewer Espen Saxhaug Kristoffersen henviser til, at man kan diskutere om hvorvidt livskvalitet og hovedpinefrekvens er relevante effektmål. Især hvis man anvender hovedpine-relateret livskvalitet (MIDAS), så måler dette livskvalitet i relation til antallet af hovedpinedage. Hvis hovedpinedage er uændret, vil livskvaliteten tilsvarende være uændret.

Vi er enige i at graden af smerter i form af hovedpine tilsvarende kan have en indflydelse på livskvaliteten, hvorfor at disse outcomes ikke umiddelbart er uafhængige. Vi har dog valgt at inkludere livskvalitet såvel som forekomsten af hovedpinefrekvens som selvstændige outcomes, for derved at undersøge bredden af interventionen.

Opdatering og videre forskning

Peer reviewer Espen Saxhaug Kristoffersen henviser til at nye behandlingsstudier bør designes som RCTs af robust kvalitet. Disse bør følge anbefalingerne fra CONSORT og International Headache Society guidelines for clinical trials med relevante effektmål og lang nok opfølgingsperiode. Der kan med fordel tilføjes et punkt for behovet for gode, robuste RCTs ved psykologisk behandling (både ved smertemestring samt konkret angst/depression), både for migræne og hovedpine

Dette er nu blevet tilføjet til kapitlet vedr. opdatering og forskning.

Bilag 1 - Gennemgang af studier, Peer reviewer Gert Bronfort

RCTs on Migraine relevant to PICO 1:

Nelson CF, Bronfort G, Evans R, Boline P, Goldsmith C, Anderson AV. The efficacy of spinal manipulation, amitriptyline and the combination of both therapies for the prophylaxis of migraine headache. *Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics* 1998;21(8): 511–9. **Passer ikke med søgestrategien**

Parker GB, Pryor DS, Tupling H. Why does migraine improve during a clinical trial? Further results from a trial of cervical manipulation for migraine. *Australian & New Zealand Journal of Medicine* 1980;10(2):192–8.

ParkerGB, TuplingH, Pryor DS. A controlled trial of cervicalmanipulation of migraine. *Australian & New Zealand Journal of Medicine* 1978;8(6):589–93. **Passer ikke med søgestrategien**

Tuchin PJ, Pollard H, Bonello R. A randomized controlled trial of chiropractic spinal manipulative therapy for migraine. *Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics* 2000;23(2):91–5. **Forkert patientpopulation**

Voigt, K., J. Liebnitzky, U. Burmeister, H. Sihvonen-Riemenschneider, M. Beck, R. Voigt and A. Bergmann (2011). "Efficacy of Osteopathic Manipulative Treatment of Female Patients with Migraine: Results of a Randomized Controlled Trial." *Journal of Alternative & Complementary Medicine* 17(3): 225-230. **Tidligere inkluderet, nu ekskluderet grundet forkert intervention.**

Arnadottir, T. S. and A. K. Sigurdardottir (2013). "Is craniosacral therapy effective for migraine? Tested with HIT-6 Questionnaire." *Complementary Therapies in Clinical Practice* 19(1): 11-14. **Forkert intervention.**

Cerritelli, F., L. Ginevri, G. Messi, E. Caprari, M. Di Vincenzo, C. Renzetti, V. Cozzolino, G. Barlafante, N. Foschi and L. Provinciali (2015). "Clinical effectiveness of osteopathic treatment in chronic migraine: 3-Armed randomized controlled trial." *Complementary Therapies in Medicine* 23(2): 149-156. **Forkert intervention.**

Chaibi, A., J. S. Benth, P. J. Tuchin and M. B. Russell (2017). "Chiropractic spinal manipulative therapy for migraine: a three-armed, single-blinded, placebo, randomized controlled trial." *European Journal of Neurology* 24(1): 143-153. **Allerede inkluderet**

Ghanbari, A., S. Askarzadeh, P. Petramfar and M. Mohamadi (2015). "Migraine responds better to a combination of medical therapy and trigger point management than routine medical therapy alone." *Neurorehabilitation* 37(1): 157-163. **Forkert intervention.**

RCTs on Tension-type Headache relevant to PICO 2:

Ajimsha, M. S. (2011). "Effectiveness of direct vs indirect technique myofascial release in the management of tension-type headache." *Journal of Bodywork & Movement Therapies* 15(4): 431-435. **Allerede inkluderet**

Anderson, R. E. and C. Seniscal (2006). "A comparison of selected osteopathic treatment and relaxation for tension-type headaches." *Headache: The Journal of Head & Face Pain* 46(8): 1273-1280. **Forkert patientpopulation**

Boline, P. D., K. Kassak, G. Bronfort, C. Nelson and A. V. Anderson (1995). "Spinal manipulation vs. amitriptyline for the treatment of chronic tension-type headaches: a randomized clinical trial." *Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics* 18(3): 148-154. **Passer ikke med søgestrategien**

Bove, G. and N. Nilsson (1998). "Spinal manipulation in the treatment of episodic tension-type headache: a randomized controlled trial." *JAMA: Journal of the American Medical Association* 280(18): 1576-1579. **Passer ikke med søgestrategien**

Castien, R. F., D. A. W. M. van der Windt, A. Grooten and J. Dekker (2011). "Effectiveness of manual therapy for chronic tension-type headache: A pragmatic, randomised, clinical trial." *Cephalalgia* 31(2): 133-143. **Allerede inkluderet**

Demirturk, F., I. Akarcali, T. Akbayrak, I. Citak and L. Inan (2002). "Results of two different manual therapy techniques in chronic tension-type headache." *Pain Clinic* 14(2): 121-128. **Forkert sammenligning**

Donkin, R. D., G. F. Parkin-Smith and A. N. Gomes (2002). "Possible effect of chiropractic manipulation and combined manual traction and manipulation on tension-type headache: a pilot study." *JNMS: Journal of the Neuromusculoskeletal System* 10(3): 89-97 **Forkert sammenligning**

Espí-López, G. V. and A. Gómez-Conesa (2014). "Efficacy of Manual and Manipulative Therapy in the Perception of Pain and Cervical Motion in Patients With Tension-Type Headache: A Randomized, Controlled Clinical Trial." *Journal of Chiropractic Medicine* 13(1): 4-13. **Forkert sammenligning**

Espi-Lopez, G. V., A. Gomez-Conesa, A. A. Gomez, J. B. Martinez, T. O. Pascual-Vaca and C. R. Blanco (2014) "Treatment of tension-type headache with articulatory and suboccipital soft tissue therapy: A double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial." *Journal of bodywork and movement therapies* Volume, 576-585 DOI: 10.1016/j.jbmt.2014.01.001. **Allerede inkluderet**

Espi-Lopez, G. V., G. Rodriguez-Blanco, A. Oliva-Pascual-Vaca, J. C. Benitez-Martinez, E. Liugh and D. Falla (2014). "Effect of manual therapy techniques on headache disability in patients with tension-type headache. Randomized controlled trial." *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine* 50(6): 641-647. [Allerede inkluderet](#)

Espi-Lopez, G. V., R. Zurriaga-Llorens, L. Monzani and D. Falla (2016). "The effect of manipulation plus massage therapy versus massage therapy alone in people with tension-type headache. a randomized controlled clinical trial." *Eur J Phys Rehabil Med*. [Forkert sammenligning](#)

Ghanbari, A., A. Rahimijaberi, M. Mohamadi, L. Abbasi and F. K. Sarvestani (2012). "The effect of trigger point management by positional release therapy on tension type headache." *NeuroRehabilitation* 30(4): 333-339. [Forkert intervention](#)

Ouseley, B. R. and G. F. Parkin-Smith (2002). "Possible effects of chiropractic spinal manipulation and mobilization in the treatment of chronic tension-type headache: a pilot study." *European Journal of Chiropractic* 50(1): 3-13 [Forkert sammenligning](#)

Rolle, G., L. Tremolizzo, F. Somalvico, C. Ferrarese and L. C. Bressan (2014). "Pilot trial of osteopathic manipulative therapy for patients with frequent episodic tension-type headache." *JAOA: Journal of the American Osteopathic Association* 114(9): 678-685. [Allerede inkluderet](#)

Vernon, H., G. Jansz, C. H. Goldsmith and C. McDermaid (2009). "A randomized, placebo-controlled clinical trial of chiropractic and medical prophylactic treatment of adults with tension-type headache: results from a stopped trial [corrected] [published erratum appears in *J MANIPULATIVE PHYSIOL THER* 2009 Nov-Dec;32(9):804]." *Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics* 32(5): 344-351. [Gennemgang af tidligere publiceret artikel](#)