

Smärta



Läkemedels- kommitténs terapirekommendation

för Region Värmland

Fastställt: 4 september 2019
Gäller: t.o.m. 3 september 2021

Dokumenttyp Terapirekommendation	Ansvarig verksamhet Läkemedelskommittén	Version 1	Antal sidor 11
Dokumentägare Thomas Emmesjö Överläkare, ordförande terapigrupp smärta	Fastställare Madelene Johanson Ordförande läkemedelskommittén	Giltig fr.o.m. 2019-09-04	Giltig t.o.m. 2021-09-03

Smärta

Gäller för: Hälso- och sjukvård

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	2
2. Akut smärta	2
3. Nociceptiv smärta.....	2
3.1 Icke opioider	3
3.2 Opioider.....	4
Allmänna riktlinjer för opioidanvändning:.....	4
Opioidkänslighet.....	4
Sensorisk och affektiv analgesi.....	4
Indikationer för opioidbehandling.....	5
Behandling av smärtökning/genombrottssmärta	5
4. Neuropatisk smärta	6
4.1 Antidepressiva	7
4.2 Antiepileptika	7
4.3 Opioider.....	7
5. Nedtrappning av opioider	8
Förväntade resultat	8
6. Långvarig smärta	8
6.1 Smärtanalys	9
Smärtanalysens innehåll.....	9
7. Icke-farmakologiska behandlingsmöjligheter.....	10
8. Referenser:	11

1. Inledning

Smärta definieras av IASP (International Association for the Study of Pain) som en ”obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada”. Smärta är med andra ord en högst subjektiv upplevelse och kan inte påvisas eller uteslutas med objektiva metoder. Av detta följer också att ett ifrågasättande om en patients smärtupplevelse inte är meningsfullt. Uppdraget bör vara att finna/förklara tänkbara bakomliggande orsaker till patientens smärtor. Mekanismen bakom smärtan är viktigare än lokaliseringen eller den bakomliggande sjukdomen.

Ofta föreligger en kombination av flera mekanismer av både primär och sekundär orsak. Grunden för en framgångsrik smärtbehandling är att smärtan behandlas mekanismbaserat. All smärtbehandling bygger på en smärtanalys vilken syftar till att slå fast vilken eller vilka smärtmekanismer som står bakom smärtan. Med basala kunskaper i smärtfysiologi och genom att tänka mekanismbaserat kan en indelning i farmakologiska behandlingsprinciper göras.

Smärtyper och uppkomstmekanismer

- Nociceptiv smärta: Smärta på grund av vävnadsretning som aktiverar smärtreceptorer.
- Neurogen/neuropatisk smärta: Smärta på grund av skada i det perifera eller centrala nervsystemet.
- Idiopatisk smärta: Smärta utan känd orsak.
- Psykogen smärta: Smärta utlöst av psykisk sjukdom (mycket ovanligt!).
- Nociplastisk smärta: Uppstår till följd av förändrad nociception orsakad av störd smärtmodulering och i avsaknad av tecken på vävnadsskada, skada eller sjukdom i det somatosensoriska nervsystemet.

2. Akut smärta

Den akuta smärtan som förekommer vid mera omfattande vävnadsskada, exempelvis efter skada eller operation, är som regel till största delen nociceptiv och kan behandlas framgångsrikt med läkemedel mot nociceptiv smärta. Den kan oftast med enkla medel och undersökningar bedömas och diagnosticeras.

Akut smärta är vanligen temporär och försvinner efter det att vävnadsskadan läkt.

En akut smärtupplevelses innehåll består till största del av sensoriska komponenter. Svår eller otillräckligt behandlad akut smärta kan leda till långvarig smärta och är en klar riskfaktor. Det finns tydliga karakteristika hos den akuta smärtan som redan mycket tidigt ökar risken för långvarig smärtproblematik, till exempel den initiala smärtintensiteten, smärtans varaktighet och antalet akuta smärteepisoder.

3. Nociceptiv smärta

Nociceptiv smärta kan indelas i somatisk (muskuloskeletal) och visceral, den visceral smärtan innehåller ofta autonoma komponenter. Refererad smärta är en sådan som upplevs i ett annat område än där själva orsaken finns, till exempel höger axelsmärta vid leversjukdom, även muskelsmärta kan ge refererad smärta.

Nociceptiv smärta orsakas av vävnadsretningar som aktiverar smärtreceptorer. Vid lindriga till måttliga smärttillstånd från rörelseorganen, exempelvis en muskelsträckning eller mindre trauma behandlas detta initialt med Paracetamol.

Om ett inflammatoriskt inslag misstänks, till exempel inflammerade och smärtande sen- och muskelfästen, lägger man förslagsvis till ett NSAID. Vid en kraftigare smärta liknande akut cervikalgi eller lumbago kan opioider tillfälligt komma ifråga.

Vid ytterligare större trauma som en fraktur eller utbredda skador i mjukdelar kan opioider likaså under en tid vara en aktuell symtomlindrande terapi.

3.1 Icke opioider

Dessa läkemedel rekommenderas framför allt vid akuta smärttillstånd. Behandlingen skall avslutas när den primära skadan läkt. Vid långvarig nociceptiv smärta kan preparaten användas under längre tidsperioder om de har tydlig effekt, men ofta ser man att preparaten ej längre är verksamma och förskrivningen ska då avslutas. Patienten bör hänvisas till icke farmakologiska metoder för smärtlindring och smärthantering.

Paracetamol

Paracetamol verkar synergistiskt med flera läkemedel. Vid akut smärta kombineras det i första hand med cox-hämmare, i andra hand med opioid. För jämn effekt över dygnet rekommenderas 1 g x 4 (vid > 40 kg) utom till äldre, där 1 g x 3 är att föredra. Peroral behandling är effektivare än suppositorier. Absorptionen vid oral tillförsel sker snabbt och blir nästan fullständig.

Av de perorala beredningsformerna har Paracetamol med tillsats av natriumvätekarbonat det snabbaste upptaget. Brustabletter absorberas också något snabbare än vanliga tabletter. Tabletter med modifierad frisättning ger både snabb och något förlängd effekt vilket innebär färre dostillfällen med bibehållen terapeutisk plasmakoncentration. Dessa preparat är dyrare än vanliga tabletter.

Vid långvarig smärta kan den analgetiska effekten av Paracetamol ofta ifrågasättas. I stället för en fast ordination på 1 g x 3-4 kan rekommendationen vara 1 g vid behov vid smärtökning. Om effekt uteblir ska preparatet sättas ut.

Cox-hämmare

Cox-hämmare innefattar både äldre icke-selektiva NSAID (cox-1 och cox-2-hämmare) och de nyare coxiberna (selektiva cox-2-hämmare). Cox-hämmare används när antiinflammatorisk komponent önskas eller när enbart Paracetamol inte gett önskvärd effekt. Överväg kombination med Paracetamol i första hand, med opioid i andra hand. Lägsta möjliga dos och kortast möjliga behandlingstid till exempel kurer som används vid behov skall eftersträvas. Tydligt samband mellan dos och biverkningar finns. Alla cox-hämmare kan ge försämrad njurfunktion, vätskeretention och försämring av hjärtsvikt hos patienter med predisponerande faktorer och skall undvikas till dessa. Varning finns för att speciellt cox-2-hämmare kan ge ökad risk för hjärtinfarkt eller stroke, speciellt om de används i höga doser under lång tid. Stor försiktighet rekommenderas vid en eller flera riskfaktorer för ulcus (tidigare magsår, samtidig behandling med antikoagulantia, ASA, SSRI eller glukokortikoider). Pröva då i första hand annat analgetikum, lägg i andra hand till Omeprazol. Vid tidig graviditet eller önskan om graviditet ska cox-hämmare endast användas efter särskilt övervägande. Under tredje trimestern är de kontraindicerade. NSAID kan motverka den antitrombotiska effekten av acetylsalicylsyra.

3.2 Opioider

Allmänna riktlinjer för opioidanvändning:

- Den läkare som initierar läkemedelsbehandlingen ska ha det fortsatta ansvaret till dess att detta i samråd överlämnas till en kollega.
- All smärtbehandling responderar inte på opioider – utvärdera!
- Restriktivitet med opioidbehandling vid långvarig icke-malign smärta!
- Kort behandlingstid.
- Risk för förstoppning, yrsel och illamående. Incidensen ökar hos äldre.
- Behandlingsplan med definierad behandlingstid ska alltid finnas!
- Kvalitetsindikatorer på bra opioidbehandling är funktionsförbättring och ökad livskvalitet.
- Samtliga opioider medför risk för toleransutveckling.
- Grundregeln är att behandlingen sker peroralt.
- Grundregeln är att olika opioidpreparat inte ska kombineras.
- Transdermal behandling kan vara ett alternativ vid störd mag-/tarmfunktion (till exempel sväljningssvårigheter).
- Injektionsbehandling rekommenderas inte vid långvarig icke-malign smärta.
- Vid nedsatt njurfunktion rekommenderas Oxikodon eller Fentanyl.

Tidigare har man delat in opioider i "svaga" och "starka" opioider. De har dock samma verkningsmekanism, det vill säga aktiverar smärtreceptorer. Risken för att utveckla beroende och missbruk är inte mindre hos de svaga opioiderna. Svaga opioider är inte "mindre farliga" än starka och samtliga preparat skall användas med försiktighet och restriktion. En låg dos stark opioid i slow-release beredning kan vara mer effektiv och "mindre farlig" än ett dagligt intag av svag opioid. Ett alternativ kan också vara en låg dos i transdermal beredning av de starka opioiderna Buprenorfin eller Fentanyl.

Opioidkänslighet

Det är stora skillnader mellan olika smärtyper avseende smärtlindring med opioider. Nociceptiv smärta svarar som regel bra, medan neuropatisk smärta ofta har ett sämre opioidsvar. Vid oklar genes samt då psykogena faktorer spelar en viktig roll, är opioider överksamma och deras långtidseffekter vanligen ogynnsamma.

Sensorisk och affektiv analgesi

Opioider har en analgetisk (smärtlindrande) effekt genom att de påverkar opioid-receptorer. Detta kallas sensorisk analgesi. Opioider har därtill en sederande och ångestdämpande effekt, som också kan leda till smärtreduktion, så kallad affektiv analgesi. Den affektiva analgesin leder snabbare till toleransökning och beroende, vilket visar sig genom att patienten kontinuerligt önskar höja dosen.

Behandling med opioider bör ske enbart vid smärttillstånd som svarar med sensorisk analgesi. I praktiken kan det dock vara svårt både för behandlaren och patienten att veta skillnad mellan sensorisk och affektiv analgesi. Därför är en noggrann uppföljning viktig framför allt när man påbörjar en behandling.

Bristande behandlingseffekt eller snabb toleransutveckling/dosökning bör föranleda en ny smärtanalys. Vid behandling med opioidanalgetika skall smärtlindring med minsta möjliga sedering eftersträvas. Enbart smärtintensiteten räcker inte som indikation för opioidanvändning. Samtliga opioider medför risk för beroende.

Indikationer för opioidbehandling

Vid en del långvariga smärttillstånd finns nociceptiva inslag som motiverar behandling med analgetika. Sådana smärttillstånd är: reumatoid artrit, osteoartros, kotkompression på grund av osteoporos, ischemiska tillstånd med mera. Vid dessa tillstånd kan det finnas indikation för en långvarig stabil opioidbehandling i kombination med icke opioida analgetika.

Förutom långvariga nociceptiva smärttillstånd kan också en del neuropatiska smärttillstånd vara opioidkänsliga. Opioidbehandling kan prövas vid neuropatisk smärta om behandling med antidepressiva och/eller antiepileptika inte har tillräcklig effekt.

Behandling av smärtökning/genombrottsmärta

Vid tillfällig smärtökning vid malign sjukdom är det viktigt att det finns en ordination på extradoser av snabbverkande opioid där varje dos utgör 10-15 % av grunddosen/dygn.

Vid långvarig icke-malign smärta med nociceptiva inslag kan, särskilt hos äldre patienter, en grundmedicinering med långverkande opioid ibland vara indicerad. Vid dessa tillstånd finns ofta en variation av grundsmärtan och en sådan smärtökning ska helst inte behandlas med dosökning eller med kortverkande opioid utan hellre med icke opioida läkemedel eller icke farmakologiska metoder. Om patienten får tillgång till extradoser med kortverkande opioid kan det resultera i en alltför hög dygnsdos som inte är gynnsam för patienten på sikt. I ett multimodalt behandlingsteam kan patienten erbjudas andra behandlingsalternativ än läkemedelsbehandling.

Konverteringstabell opioider

Morfin	30 mg/dygn peroralt
Oxycodon	15 mg/dygn peroralt
Kodein	300 mg/dygn peroralt
Tramadol	300 mg/dygn peroralt
Fentanyl	12 µg/timme transdermalt
Buprenorfin	15 µg/timme transdermalt

Tabellerna ska ses som en rekommendation och är approximativa. De baseras på klinisk erfarenhet, FASS samt Höglandssjukhusets konverteringstabell. De ska därför endast användas som vägledning.

Vid behandling med en opioid kan tolerans utvecklas hos patienten för den analgetiska effekten liksom för biverkningar men patienten kan uppvisa större känslighet för annan opioid.

Vid byte från en opioid till en annan ska därför försiktighet iakttas.

Angivna doser är inte rekommenderade startdoser i detta sammanhang. Vid opioidbyte inleds förslagsvis behandlingen med den nya opioiden i en dos motsvarande 50 % av den i tabellen angivna ekvianalgetiska dosen för att därefter under kontrollerade former trappas upp. Man kan här också behöva ta hänsyn till lever- och njurfunktion samt till eventuella läkemedelsinteraktioner.

Morfin

Kan användas vid akut och långvarig opioidkänslig svår smärta. Finns både som kort- och långverkande peroral beredningsform. Hög beprövad klinisk erfarenhet.

Oxikodon

Likvärdigt med morfin. I peroral beredning har Oxikodon högre och jämnare biotillgänglighet än morfin. Oxikodon är att föredra i samband med njursvikt. Finns både som kort- och långverkande peroral beredningsform.

Buprenorfin

Depotplåster finns för behandling av långvariga smärttillstånd, vid opioidkänslig smärta som inte svarar adekvat på enbart icke opioida analgetika. Plåster kan vara ett alternativ till peroral behandling främst hos äldre patienter med icke-maligna smärttillstånd, exempelvis osteoartros. Kombination med Paracetamol och eventuellt cox-hämmare rekommenderas. Buprenorfin depotplåster kan även vara ett alternativ för att reducera det dagliga intaget av tabletter. Doseringsintervall på sju dagar och mindre missbrukspotential jämfört med andra godkända opioider talar till preparatets fördel. Plåstret ger en stabil plasmakoncentration och lägre dygnsdoser behövs jämfört med peroral eller parenteral behandling med Buprenorfin. Plåster 5 ug/h anses motsvara cirka 10 mg morfin/dygn i peroral beredning.

Dosering: Lämplig dos titreras fram individuellt, initialt används alltid lägsta plåsterdos och eventuell doshöjning sker tidigast efter tre dagars behandling. Vid stabil dos byts plåstret var sjunde dag.

Fentanyl

Fentanyl i transdermal beredning rekommenderas främst till cancerpatienter som inte kan ta perorala läkemedel. Vid en del långvariga icke-maligna smärttillstånd, exempelvis vid tarmsjukdomar, kan Fentanylplåster vara ett alternativ.

Kodein

Rekommenderas inte för behandling av vare sig akut eller långvarig smärta. Se mer information i dokumentet [Terapigrupp smärta](#)

Tramadol

Rekommenderas inte för behandling av vare sig akut eller långvarig smärta. Substansen har visat låg effekt vid akut smärta och har ofta besvärande biverkningar (illamående, konfusion hos äldre) samt betydande risk för beroendutveckling och missbruk samt konsekvenser/risker med långvarig opioidbehandling, var god se punkt 5.

4. Neuropatisk smärta

- Farmakologisk behandling av neuropatisk smärta.
- Viktigt med provperiod för rätt behandling, utvärdera!
- Utsättningsförsök om ej påtaglig effekt efter två månader.
- Kombinationsbehandling kan användas vid otillräcklig smärtlindring.
- Tricykliska antidepressiva och gabapentin går att kombinera enligt klinisk erfarenhet om effekten av dem var för sig inte är tillräcklig.

Sensorisk neuropatisk smärta definieras som smärta sekundärt till skada av sensoriskt afferenta nervfibrer i perifera och/eller centrala nervsystemet. Vanligaste orsaken är trauma som kirurgi, tumörer, diskbråck etc. Även metabola sjukdomar som diabetes mellitus, pernicios anemi och etyl kan ge upphov till neuropatisk smärta. Vidare kan det uppstå nervsmärtor sekundärt till immunologiska sjukdomar som Multipel Skleros, Guillan Barré, liksom infektiösa orsaker som vid Herpes zoster och Borrelia. Smärta vid sensorisk nervskada är inte ett obligatoriskt fynd även om det är vanligt.

Sensorisk neuropati är som grupp heterogen både avseende de symptom patienterna presenterar samt de objektiva fynd man finner, representerande de olika patofysiologiska mekanismerna. Smärtkaraktärer och symtom varierar således mellan patienter med samma orsaksdiagnos. Detta betyder att exempelvis postherpetisk neuralgi inte ger samma symtom/besvär hos alla med den diagnosen. Hypotesen är att förändringar i natrium-och kalciumjonkanalers funktion liksom förändringar i NMDA-receptorer ligger bakom de olika symtomen man ser vid neuropatisk smärta.

Ovanstående tänkta bakgrunder gör att man vid neuropatisk/neurogen smärta prövar farmakologisk behandling med preparat som tänkas kunna ha effekt på dessa typer av störningar/skador.

Preparat aktuella för symptomlindring vid neuropatiska smärttillstånd är antidepressiva, antiepileptika samt analgetika. Det är viktigt att påminna om att NNT-värdena för att preparat mot nervsmärta ligger på 3 – 4, det vill säga enbart 25 - 35 % av patienterna responderar med 50 % smärtreduktion.

Gör utsättningsförsök om ej påtaglig effekt efter 1 - 2 månader. Om otillräcklig smärtlindring med något av de rekommenderade läkemedlen kan kombinationsbehandling användas. Klinisk erfarenhet talar för att tricykliskt antidepressiva och antiepileptika kan kombineras för ökad effekt. Kontakta gärna Smärtcentrum för diskussion angående behandlingsalternativ.

4.1 Antidepressiva

Preparaten utövar sin effekt bland annat genom hämning av återupptag av noradrenalin och serotonin. Båda dessa frisätts inom olika bansystem i centrala nervsystemet. Den sannolikt viktigaste effekten är att hämma uppåtstigande smärtsignaler till hjärnan.

Tricykliska antidepressiva -TCA (främst Amitriptylin).

Har en balanserad effekt på noradrenalin och serotonin. Amitriptylin är förstahandspreparat vid behandling av neuropatisk smärta.

SNRI (Duloxetin)

Duloxetin liknar tricykliska med ungefär lika stor effekt på noradrenalin och serotonin. Indikation finns för behandling mot smärtsam diabetesneuropati.

Substans/Preparat

Amitriptylin Saroten
Duloxetin Duloxetin ↔

4.2 Antiepileptika

De flesta antiepileptika har visat god effekt på neuropatisk smärta. Effektmekanismen tros korrelera till preparatens påverkan på jonkanaler och då i första hand natrium- och kalciumkanaler genom minskat joninflöde i cellerna vilket leder till minskad polarisering av membraner och minskad frisättning av excitatoriska aminosyror.

Gabapentin:

Förstahandspreparat vid val av antiepileptika mot neuropatisk smärta.

Pregabalin:

Vid utebliven effekt/biverkningar av Gabapentin kan Pregabalin prövas.

Substans/Preparat

Gabapentin Gabapentin generika
Pregabalin Pregabalin

4.3 Opioider

Observera att samma behandlingsprinciper gäller som vid opioidbehandling för nociceptiv smärta!

Morfin, Oxykodon

μ-opioid-receptor agonister.

Substans/Preparat

Morfin Morfin Meda
Dolcontin ↔
Oxykodon Oxycodon, Oxycodon depotablett ↔

5. Nedtrappning av opioider

Opioider kan snabbt skapa ett beroende, redan vid normal dosering och kortvarigt bruk (2-4 veckor). De flesta patienter klarar av att på egen hand sätta ut dessa, antingen de inte längre behövs (till exempel en skada har läkt) eller om de inte fungerar tillfredsställande (biverkningar värre än effekter). På grund av abstinensbesvär behöver dock en del patienter hjälp med nedtrappning och utsättning.

För de patienter som har en oklar effekt av sin smärtstillande behandling som till exempel svår smärta och patienter som upplever att de får smärtor vid enstaka uteblivna/sena doser, vilket kan vara symptom på abstinens, bör i så fall en nedtrappning ske för att kunna utvärdera effekten. En del patienter har en behandling sedan tidigare som numera bedöms som olämplig.

Risker vid långvarigt opiatbruk

Vid långvarig opioidbruk finns en koppling till nedsatt kognitiv påverkan, dosrelaterad fördröjd återgång till arbete, sämre livskvalitet, ökad frakturrisik, ökad sjukvårdskonsumtion och ökad mortalitet. Hormonell påverkan som till exempel på HPA axeln, könshormoner är inte ovanligt. Opioidbehandling ökar risken till för tidig död, även utan missbruk och med kombinationen opioider/bensodiazepiner ökar risken kraftigt. Nyare studier tyder på att det finns en viss ökad risk även vid opioider och Gabapentin.

Utförande

- Skapa förutsättningar för att lyckas med en nedtrappning (motiverande samtal).
- Informera om effekterna av opioider vid långvarigt bruk.
- Informera om processen.
- Utse en läkare som håller i nedtrappningen.

Man har sällan bråttom vid nedtrappning, patienten kan få vara med och tycka till om till exempel nedtrappningsintervall, storlek på dossänkningar, vilken dos på dygnet som sänks nästa gång osv. Efter dossänkning ska ingen återgång till tidigare dos göras - vänta ut anpassning till ny dos/övergång av abstinens. Vid besvärlig abstinens skjut upp nästa steg i nedtrappningen och vid behov kan medicinering med till exempel Hydroxizin 25 mg x 3-4 användas mot abstinens (tremor, hjärklappningar, lös mage). Vid sömnstörning används Propiomazin 25-50 mg alternativt Mirtazapin 30 mg till kvällen.

- Läkemedel ska intas jämnt fördelat över dygnet i små recept, eventuellt kan dosrecept vara aktuellt.
- Täta kontakter, främst i början.
- Dossänkning, exempelvis en gång per vecka.
- Stöd efteråt, abstinensbesvär kan finnas kvar.
- Vid behov hjälp med smärthantering.

Förväntade resultat

Cirka 75 - 80 % av patienterna upplever ingen större skillnad i smärtorna efter utsättning, cirka 10 - 15 % upplever en smärtminskning och cirka 5 % upplever en försämring av smärtor, här kan man diskutera att återinsätta en låg dos efter cirka en månads läkemedelsfrihet (gör smärtanalys innan ställningstagande).

6. Långvarig smärta

Med långvarig smärta menas en smärtproblematik som pågått i minst tre månader. Smärtan kan kvarstå efter att den förväntade läkningsprocessen avslutats eller utvecklas utan tydlig orsak. Långvarig smärta är fysiologiskt sett inte detsamma som en akut smärta utsträckt i tid. Bakom den långvariga smärtan ligger permanenta och komplexa förändringar i det perifera och centrala nervsystemet som förmedlar, modulerar och vidmakthåller smärtan (sensitisering).

Central sensitisering tros bero på att funktionen i de descenderande modulerande (smärthämmande) liksom de fascilerande (smärtförstärkande) systemen är störd och omvandlar en normal impulstrafik i ryggmärgen till att ge ett patologiskt svar till högre centra. Detta skulle kunna förklara

de ofta kraftiga smärtsymtom vi ser hos patienter med dessa diagnoser trots sparsamma röntgenologiska eller andra objektiva undersökningsfynd. Det typiska i dessa fall är att symtom inte utvecklas akut utan oftast över tid. Detta gäller exempelvis patienter med fibromyalgi, IBS, CRPS typ1, kronisk lumbago med mera där subjektiva symtom ofta korrelerar dåligt eller inte alls till objektiva fynd.

I många fall måste såväl patienten som läkaren acceptera att man inte kan finna någon specifik somatisk orsak. Det är dessutom vanligt att smärttillstånd inte kan behandlas till smärtfrihet utan målet i rehabiliteringsprocessen är att hjälpa patienten till en ökad fysisk, psykisk och social funktionsförmåga med oftast återgång till arbete och ett värdigt liv.

Ospecifik och generaliserad smärtupplevelse, trötthet, sömnbesvär, nedstämdhet, minnessvårigheter och svullnadskänsla är vanliga bifynd som har sitt ursprung i central sensitisering och leder patienten in i en ond cirkel av smärta, isolering och utanförskap.

Då smärtan blivit långvarig kan den betraktas som ett särskilt tillstånd där den ursprungliga smärtorsaken – då den kan upptäckas - spelar mindre roll och den uppkomna situationen kan handläggas på ett likartat sätt oavsett ursprungsdiagnos (multimodal smärtrehabilitering). Behandlingen ska alltid styras av en smärtanalys som inkluderar de faktorer som påverkar och styr smärtan och smärtupplevelsen. Detta kräver också kartläggning av psykosociala faktorer och att smärttillståndet analyseras och karaktäriseras med avseende på mekanism och prognos.

Val av behandling sker i samråd med patienten och omfattar överväganden av patientens psykosociala, kognitiva och existentiella situation. Hur patienten kan hantera sin livssituation som smärtpatient (coping-förmåga) är av största betydelse.

6.1 Smärtanalys

Ospecifika komplexa smärttillstånd där en kausal smärtorsak ej kan identifieras är vanligt förekommande vid långvarig smärta och har tidigare diagnostiserats som somatoformt smärtsyndrom, whiplashsyndrom, fibromyalgi och så vidare.

Smärtanalysen spelar en central roll för att kartlägga långvariga smärttillstånd. Med hjälp av anamnes, klinisk undersökning, läkemedelsgenomgång samt utvärdering av biokemiska och radiologiska undersökningar bildas en uppfattning om bakomliggande patofysiologi. Smärtteckning, smärtdagbok och olika självskattningsinstrument kan vara värdefulla kompletteringar. Smärtanalysen ska leda till fastställande av smärtans etiologi, smärtmekanismer (nociceptiv, neuropatisk eller smärta av okänd orsak) men också smärtans biopsykosociala konsekvenser. En begriplig smärtförklaring med möjlighet för patienten att ställa frågor utgör grunden för en riktad smärtbehandling och för systemisk uppföljning av behandlingens effekter.

Smärtanalysens innehåll

- Anamnes: Smärtdebut, smärtans utveckling över tid, smärtmodulering, smärtintensitet, tidigare behandlingar/resultat, utprovade läkemedel samt dess effekt och biverkningar.
- Klinisk undersökning: Allmän ortopedisk, medicinsk och neurologisk undersökning.
- Kartläggning av den psykosociala situationen, inklusive arbetslivssituationen.
- Bedömning av funktionsförmåga/aktivitetsförmåga och livskvalitet.
- Bedömning av patientens egna föreställningar och förväntningar samt möjlighet till rehabilitering.

En viktig del i smärtanalysen är också att identifiera riskfaktorer. Det finns ett särskilt frågeformulär för detta utarbetat av Steven Linton: "The Orebro Screening Questionnaire:

" <https://www.oru.se/forskning/forskningsmiljoer/hs/champ/frageformular/>

7. Icke-farmakologiska behandlingsmöjligheter

Läkemedel är endast en del av en optimal strategi för behandling av långvarig smärta. Ofta får man ingen eller endast marginell effekt av analgetika vid långtidsbehandling, med större risk för biverkningar och negativa effekter. Opioider är ofta överksamma. Andra viktiga komponenter är förhållningssätt, helhetssyn och tillgång till icke-farmakologiska behandlingsstrategier. Behandling av långvarig smärta bör, utgående från smärtanalysen och patientens individuella behov, alltid kompletteras med icke-farmakologiska behandlingar. Nedan listas några vanliga metoder.

KBT/ACT/Mindfulness

Kognitiv beteendeterapi (KBT) vid långvarig smärta ger bättre social och fysisk funktion samt bättre förmåga att hantera smärtan. KBT fokuserar på att aktivt påverka individens beteende genom att dysfunktionella och icke ändamålsenliga tankemönster förändras. Målsättningen är inte att lindra smärtan i sig utan att öka patientens förmåga att hantera de svårigheter som är relaterade till smärttillståndet och ge en ökad känsla av kontroll. KBT kan användas antingen individuellt eller i gruppform, till exempel som smärthanteringskurs där föreläsningar och gruppaktiviteter kan ingå. På senare åren har Acceptance and Commitment Therapy (ACT, en vidareutveckling av KBT) intagit en allt större roll i behandlingen av långvarig smärta. ACT bygger på att acceptera det som ligger utom ens personliga kontroll. Mindfulnessmeditation är ofta en integrerad del i denna behandling.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet har dokumenterad effekt vid smärta. Fysisk aktivitet som direkt eller indirekt ger smärtlindring bör enligt FYSS www.fyss.se vara regelbunden och kontinuerlig. Aktiviteten bör vid varje tillfälle pågå minst 10 minuter, gärna betydligt längre och vara av minst moderat intensitet (mer än 60 % av maximal syreupptagningsförmåga). Huvudsakligen finns vetenskapligt stöd för konditionsträning som promenader, joggning, cykling och simning. Vilken typ av fysisk aktivitet man väljer beror också på underliggande smärttillstånd och fysisk prestationsförmåga initialt. Patienter med långvarig smärta har ofta mycket låg prestationsförmåga och de bör aktiveras med långsamt stegrade aktiviteter till en början lågintensiva. Smärtpatienter kan hänvisas till Friskvården i Värmland (FiV). För info om FiV:s uppdrag och kompetensområden samt var friskvårdscentralerna finns www.friskvarden.org

Perifer sensorisk stimulering (TENS)

TENS används gärna med stöd av fysioterapeuter i hela landet och bör prövas vid nociceptiv och neuropatisk smärta. Terapiformen har fördelar genom att den är billig, riskfri och kan användas av patienten hemma. Det är bra att förmedla till patienten att TENS inte botar, utan kan minska smärta, så att naturlig rörelse blir möjlig och det är det som är viktigast. Patienten bör också veta att TENS-stimuleringen inte hjälper vid "värsta smärtan", utan det bästa är att lära sig att "mota Olle i grind". Många patienter kan minska sitt analgetikaintag med hjälp av TENS.

Akupunktur/Massage

Akupunktur är ett sätt att utnyttja kroppens eget smärthämmande system. Det är en säker och tämligen biverkningsfri metod som ibland ersätter/minskar behovet av analgetika. Kliniskt används ofta milt, icke smärtsam stimulus (känns svagt), som ger en avslappnande effekt. Effekten induceras långsamt och märks oftast efter 4-8 behandlingar. Risk för överstimulering med ökad smärta och "uppblossning" av symtom är högre i gruppen patienter med långvarig smärta än de med akut smärta. Klinisk erfarenhet finns att mjuk massage, taktil massage, kan vara ett inledande steg i att lära sig avslappning. Dessa är passiva metoder och ska användas med återhållsamhet vid långvarig smärta.

8. Referenser:

Baron MJ, McDonald PW. Significant pain reduction in chronic pain patients after detoxification from high-dose opioids. J Opioid Manag. 2006 Sep-Oct; 2 (5):277-82.

Harris, Russ: "ACT helt enkelt" (2011)

Kåver, Anna: "KBT i utveckling" (2008)

Läkemedelsboken, Läkemedelsverket (2014)

Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation Neuropatisk smärta, 2007

Miller NS, Swiney T, Barkin RL. Effects of opioid prescription medication dependence and detoxification on pain perceptions and self-reports. Am J Ther. 2006 Sep-Oct; 13(5):436-44.

SBU-rapport "Metoder för behandling av långvarig smärta" (2006)

Strang, Peter: "Cancerrelaterad Smärta"(2003)

Werner, Mads och Strang, Peter: "Smärta och smärtbehandling" (2010)

Gomes T. et al. "Gabapentin, opioids and the risk of opioid-related death" PLoS Med, 2017

Shanna Babalonis. "Risks of co-prescribing opioids and benzodiazepines

Utarbetad av:

Thomas Emmesjö, Ordförande i terapigruppen och Överläkare, Smärtcentrum Karlstad

Lars Janerås Överläkare, Smärtcentrum Karlstad

Klaus Stein, Överläkare, Smärtcentrum Karlstad

Gordon Riemersma, Överläkare, Smärtcentrum Karlstad

Tove Tevell, Apotekare Läkemedelsenheten

Reviderad av:

Thomas Emmesjö, Ordförande i terapigruppen och Överläkare, Smärtcentrum Karlstad

Rose-Marie Trapp, Distriktsläkare, Vårdcentralen Kil

Gordon Riemersma, Överläkare, Smärtcentrum Karlstad

Tove Tevell, Apotekare Läkemedelsenheten

Läkemedelskommitténs terapirekommendationer

Postadress

Läkemedelskommittén
Regionens hus
651 82 Karlstad

Webbadress

www.regionvarmland.se/lakemedel

Telefon

054-61 40 22

E-post

www.lakemedelskommitten@regionvarmland.se