

Smärta



Läkemedels- kommitténs

terapirekommendation

för Landstinget i Värmland

Fastställt: 19 maj 2016
Gäller: t.o.m. 19 maj 2018

Dokumenttyp Terapirekommendation	Ansvarig verksamhet Läkemedelskommittén	Version 3	Antal sidor 13
Dokumentägare Thomas Emmesjö, Terapigrupp Smärta	Fastställare Richard Lindgren, ordförande Läkemedels- kommittén	Giltig fr.o.m. 2016-05-19	Giltig t.o.m. 2018-05-19

Terapirekommendation Smärta

Gäller för: Landstinget i Värmland

Innehållsförteckning

1. Inledning	2
2. Akut smärta	2
3. Nociceptiv smärta	3
3.1 Icke opioider	3
3.2 Opioider	4
4. Neuropatisk smärta	7
4.1 Antidepressiva	8
4.2 Antiepileptika	8
4.3 Opioider	8
5. Nedtrappning av opioider	9
6. Långvarig smärta	10
6.1 Smärtanalys	11
7. Icke-farmakologiska behandlingsmöjligheter	12
8. Referenser:	13

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 av 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
- Smärta utan känd orsak
Idiopatisk smärta
- Psykogen smärta
Smärta utlöst av psykisk sjukdom (mycket ovanligt!).

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 bedömmas och diagnosticeras.

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

En akut smärtupplevelses innehåll består till största delen 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, t ex den initiala smärtintensiteten, smärtans varaktighet och antalet akuta smärteepisoder.

3. Nociceptiv smärta

Nociceptiv smärta kan indelas i somatisk (muskuloskeletal) och visceral. Visceral smärta innehåller ofta autonoma komponenter. Refererad smärta är en sådan som upplevs i ett annat område än där själva orsaken finns, t ex 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, t ex 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 1g x 4 (vid > 40 kg) utom till äldre, där 1g 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 1g x 3-4 kan rekommendationen vara 1 g vid behov vid smärtökning. Om effekt uteblir skall 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 t.ex. kurer som används vid behov skall eftersträvas. Tydligt samband mellan dos och biverkningar finns. Alla cox-hämmare kan ge försämrad njurfunktion, vätske- retention 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 hjärtin- farkt eller stroke, speciellt om de används i höga doser under lång tid. Stor försiktighet rekom- menderas 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-häm- mare endast användas efter särskilt övervägande. Under tredje trimestern är de kontraindice- rade. 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 opioid preparat inte ska kombineras.

Transdermal behandling kan vara ett alternativ vid störd mag-/tarmfunktion (t.ex. sväljnings- svårigheter)

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 verk- ningsmekanism, dvs. aktiverar smärtreceptorer. Risken för att utveckla beroende och miss- bruk 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 ef- fektiv 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. Noci- ceptiv 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 overksamma 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, speciellt då 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 pga osteoporos, ischemiska tillstånd, mm. 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/genombrottssmärta

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 skall 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 multimedialt behandlingsteam kan patienten erbjudas andra behandlingsalternativ.

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 procent 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, ex. 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 µg/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, ex. vid tarmsjukdomar, kan fentanylplåster vara ett alternativ.

Kodein

Rekommenderas inte för behandling av vare sig akut eller långvarig smärta. Se mer information i dokumentet på länk:

<http://livlinan.liv.se/Vardanvisningar/Lakemedel-och-terapirekommendationer/lakemedel/terapirekommendationer/terapi-grupp-smarta/>

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.

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, diskbräck etc. Även metabola sjukdomar som diabetes mellitus, pernicios anemi, 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. Smärtekaraktärer och symptom varierar således mellan patienter med samma orsakdiagnos. Detta betyder att, exempelvis postherpetisk neuralgi inte ger samma symptom/besvär hos alla med den diagnosen. Hypotesen är att förändringar i natrium-och kalciumjonkanalers funktion liksom förändringar i NMDA-receptorer ligger bakom de olika symptomen 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, anti-epileptika samt analgetika. Det är viktigt att påminna om att NNT värdena för att preparat mot nervsmärta ligger på 3-4 dvs 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 bl.a. 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. Saroten 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	Lyrica

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 (t ex en skada har läkt) eller om de inte fungerar tillfredsställande (biverkningar värre än effekter). Pga abstinensbesvär behöver dock en del patienter hjälp med nedtrappning och utsättning.

Vissa patienter har en oklar effekt av sina smärtstillande, detta gäller framförallt de som har generaliserade eller muskelsmärter, och patienter som upplever att de får smärter vid enstaka uteblivna/ sena doser (som kan vara symptom på abstinens). I så fall får en nedtrappning ske för att kunna utvärdera effekten.

Risker vid långvarigt opiatbruk

Vid långvarig opioidbruk finns en koppling till nedsatt kognitiv påverkan, dosrelaterad fördröjd återgång till arbete, sämre livskvalitet, ökad frakturrisk, ökad sjukvårdskonsumtion och ökad mortalitet. Hormonell påverkan som t ex på HPA axeln, könshormoner är inte ovanligt.

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 t ex 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 nytt dos/ övergång av abstinens. Vid besvärlig abstinens, skjut upp nästa steg i nedtrappningen. Vid behov, kan medicinering användas mot abstinens (tremor, hjärtklappningar, lös mage), t ex hydroxizin 25mg x3-4. Vid sömnstörning, propiomazin 25-50mg alternativt mirtazepin 30mg till kvällen.

Läkemedel skall intas jämnt fördelat över dygnet.

Små recept, eventuellt kan dosrecept vara aktuellt.

Täta kontakter, främst i början. Dossänkning t ex en gång per vecka.

Stöd efteråt, abstinensbesvär kan finnas kvar. Vid behov, hjälp med smärthantering.

Förväntade resultat

Ca 75-80 % av patienterna upplever ingen större skillnad i smärtorna efter utsättning.

Ca 10-15 % upplever en smärtminskning.

Ca 5 % upplever en försämring av smärter, här kan man diskutera att återinsätta en låg dos efter ca en månads läkemedelsfrihet (gör ordentligt utvärdering).

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 fysiologisk 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 funktion i de descenderande modulerande (smärthämmande) liksom de fasciliterande (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 mm, 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 skall 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 karakteriseras 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 somatoform smärt-syndrom, whiplashsyndrom, fibromyalgi osv.

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. Smärt-ritning, smärtdagbok och olika självskattningsinstrument kan vara värdefulla kompletteringar.

Smärtanalysen skall 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, t ex 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 <http://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 procent av maximal syreupptagningsförmåga). Huvudsakligen finns vetenskapligt stöd för konditionsträning som promenader, jogging, 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 <http://www.friskvarden.org/>

Perifer sensorisk stimulering (TENS)

TENS används på smärtkliniker 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 smärtsamt 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)

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
Landstingshuset
651 82 Karlstad

Webbadress

www.liv.se/lakemedel

Telefon

054-61 40 22

E-post

www.lakemedelskommitten@liv.se



Landstinget
i Värmland