OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gäller för: VO3 Anestesi Operation Intensivvård
Innehållsansvar: Benjamin Danowski, (benda2), Specialistläkare
Granskad av: Åsa Appelqvist, (asaap), Enhetschef
Godkänd av: Helene Sackari, (helma18), Verksamhetschef
Giltig från: 2026-07-23
Giltig till: 2027-08-06

Långvarig smärta under opiodbehandling – perioperativ handläggning

Revideringar i denna version

Omfattande ändringar, aktualisering av länkar, länk till riktlinje ”Ketanest (esketamin) - anestesi”

Bakgrund, syfte och mål

Perioperativt omhändertagande av patienter med långvarig, icke malign smärta under pågående opioidbehandling.

Bakgrund

Drygt 40 procent av Sveriges befolkning beräknas lida av långvarig smärta, 20 procent har medelsvår till svår smärta (VAS mer än eller lika med 5). Sju procent av den vuxna befolkningen söker vård på grund av långvarig smärta. *(Se nedan punkt 1 och 2)*

Långvarig smärta definieras som icke cancerrelaterad smärta som kvarstår längre än tre månader, längre än den förväntade läkningstiden av en vävnadsskada eller där en utlösande mekanism saknas.

Vid långvarig smärta har smärtan tappat sin uppgift som varningssignal eftersom den utlösande skadan redan har läkt eller saknades från början. Därför diskuteras opioidbehandling i samband med långvarig smärta kontroversiellt. Det finns dock tillstånd som ger långvarig nociceptiv smärta där opioidbehandling kan vara indicerad, till exempel artros, reumatiska och inflammatoriska sjukdomar, omfattande degenerativa förändringar och skador i ryggkotpelaren, tillstånd efter trauma och komplicerade operationer.

Oavsett löper patienter med långvarig smärta större risk för PPSP (persistent postsurgical pain) och det kan ha skett en toleransutveckling för opioider.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Riskfaktorer för att utveckla PPSP är: *(Se nedan punkt 3)*

- Preoperativ smärta i mer än 1 månad, måttlig till svår postoperativ smärta
- Katastroftänkande, preoperativ ångest, depression, psykosocial sårbarhet
- Kvinnligt kön, ung patient
- Operationsteknik

Syfte

Denna riktlinje riktar sig mot alla kirurgiska specialiteter och anestesikliniken och ska höja uppmärksamheten för patienter med icke malign långvarig smärta under opioidbehandling. Den ska ge råd hur man handlägger sådana patienter perioperativt.

De inblandade parterna delar ansvaret för patienten. Moderklinikens ansvar är att identifiera patienter, inleda lämplig behandling och kontakta anestesikliniken för att informera om patienten och få stöd i handläggningen om så behövs.

Arbetsbeskrivning

Aktuell medicinering

Det är av ytterst stor vikt att patienten får behålla sin grunddos opioider! Vid nytillkommen akut smärta görs en doshöjning med 30 procent. Patientens aktuella medicinering bibehålls i möjligaste mån både vad gäller preparat och administrationssätt.

Preoperativ handläggning

Att göra en smärtskattning preoperativt är värdefull för den postoperativa handläggningen. En patient som har medelsvår till svår långvarig smärta kommer inte att vara smärtfri postoperativt. Utskrivningskriterierna vad gäller postoperativ smärta är alltså inte användbara hos dessa patienter. Detta bör förankras hos patienten och personalen. God kommunikation och lyhördhet är viktiga faktorer för att kunna lyckas med god smärtlindring. Smärta är patientens egen upplevelse.

Redan preoperativt planeras postoperativ smärtbehandling. Är per os-medicinering inte möjlig postoperativt får man räkna om patientens opioider i morfinekvivalenter *(Se nedan punkt 4)* och välja ett lämpligt administrationssätt, till exempel pump eller fentanylplåster (Matrifen®).

Väljer man pump är subkutan infusion att föredra om patienten ska ha en bakgrundsinfusion. Vid bara PCA (patient controlled analgesia) är intravenös infusion att föredra.

Väljer man plåster får man räkna med att det tar ungefär 12 timmar att uppnå klinisk relevant dos. Vid byte till patientens tidigare per os-medicinering återinsätter man denna 6 timmar efter avlägsnandet av plåstret.

Analgetika

I tillägg till patientens ordinarie dos opioider efter doshöjning med 30 % ordinerar man standardiserad smärtbehandling för det planerade ingreppet. Lämpligt administrationssätt väljs.

COX-hämmare och paracetamol bör ingå i premedicineringen vid avsaknad av kontraindikationer. Ortopediskt ingrepp är ingen absolut kontraindikation för COX-hämmare. 1-3 dygn postoperativt och sedan igen efter fyra veckor postoperativt går bra. Försiktighet vid diafysär fraktur, stressfraktur och ryggkirurgi. (Se nedan punkt 5) Sannolikt säkrast med selektiva COX2-hämmare, dos- och tidsberoende reversibel effekt på benläkning. (Se nedan punkt 6)

Koanalgetika

Om inte patienten redan står på Gabapentin kan man, beroende på patientens ålder och kroppskonstitution, lägga till 300-900 mg Gabapentin som premedicinering. Man bör förbereda patienten på yrsel, klåda och somnolens. Verkningsmekanismen är okänd, studier visar minskat opioidbehov postoperativt och måttlig till markant minskad risk för PPSP. *(Se nedan punkt 7)*

Även glukokortikoider (inflammationsdämpande) och alfa 2-receptorantagonister (Klonidin/Dexmedetomidin) räknas som koanalgetika, de sistnämnda är även lämpliga för oroliga patienter. Dosering Klonidin 2 mikrogram/kg p.o., Dexmedetomidin 1 mikrogram/kg nasalt.

Regionalanestesi

Om möjligt bör regionalanestesi ingå i behandlingen.

Intraoperativ handläggning

Om regionalanestesi inte är möjligt eller önskvärt bör operatören lägga lokalbedövning innan hudsnittet genomförs. Dessutom bör operatören jobba nervbevarande och så skonsamt som möjligt och välja operationsmetod utifrån det. *(Se nedan punkt 3)*

Intraoperativt ska stor vikt läggas på adekvat analgesi.

Intraoperativ kontinuerlig infusion med Ketanest har framför allt effekt på akut postoperativ smärta, men också viss effekt på utveckling av PPSP. *(Se nedan punkt 8)*

Var god se riktlinje Ketanest (esketamin) - anestesi

Postoperativ smärtlindring ska påbörjas i god tid innan operationens slut.

Postoperativ handläggning

Smärtbehandling påbörjas som planerad preoperativt. Vid smärtgenombrott ges en sjätte- till åttondel av patientens dygnsdos parenterala morfinekvivalenter. *(Se nedan punkt 4)*

Gabapentin kan även ges postoperativt, samma dos som preoperativt x 2.

Patienten skrivs ut när den preoperativa smärtnivån har uppnåtts.

Syftar operationen på att åtgärda smärtkällan ska en plan för nedtrappning/utsättning av patientens opioidbehandling ha lagts upp.

Käll- och litteraturförteckning

1. Läkemedelsverket. Läkemedel vid långvarig smärta hos barn och vuxna – behandlings-rekommendation [Internet].

Hämtad från: Läkemedel vid långvarig smärta hos barn och vuxna – behandlingsrekommendation | Läkemedelsverket

2. 1177 för vårdpersonal. Kunskapsstöd Smärta - långvarig, hos vuxna

Hämtad från: Smärta - långvarig, hos vuxna - 1177 för vårdpersonal

3. Reddi D, Curran N. Chronic pain after surgery: pathophysiology, risk factors and prevention. Postgrad Med J. 01 april 2014;90(1062):222–7.

4. Terapigrupp Smärta – Terapiråd. Konverteringstabeller för behandling av smärta hos opioidtoleranta patienter [Internet]. 2009. Hämtad från: Terapiråd Konverteringstabeller för behandling av smärta hos opioidtoleranta patienter.pdf

5. Kurmis AP, Kurmis TP, O'Brien JX, Dalen T. The effect of nonsteroidal antiinflammatory drug administration on acute phase fracture-healing: a review. J Bone Joint Surg Am. 02 maj 2012;94(9):815–23.

6. Boursinos LA, Karachalios T, Poultsides L, Malizos KN. Do steroids, conventional nonsteroidal anti-inflammatory drugs and selective Cox-2 inhibitors adversely affect fracture healing? J Musculoskelet Neuronal Interact. mars 2009;9(1):44–52.

7. Clarke H, Bonin RP, Orser BA, Englesakis M, Wijeysundera DN, Katz J. The prevention of chronic postsurgical pain using gabapentin and pregabalin: a combined systematic review and meta-analysis. Anesth Analg. augusti 2012;115(2):428–42.

8. Mcnicol ED, Schumann R, Haroutounian S. A systematic review and meta-analysis of ketamine for the prevention of persistent post-surgical pain: Ketamine for prevention of PPSP. Acta Anaesthesiol Scand. november 2014;58(10):1199–213.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje

Gäller för: VO3 Anestesi Operation Intensivvård

Innehållsansvar: Benjamin Danowski, (benda2), Specialistläkare

Granskad av: Åsa Appelqvist, (asaap), Enhetschef

Godkänd av: Helene Sackari, (helma18), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9695-1808319850-194

Version: 16.0

Giltig från: 2026-07-23

Giltig till: 2027-08-06