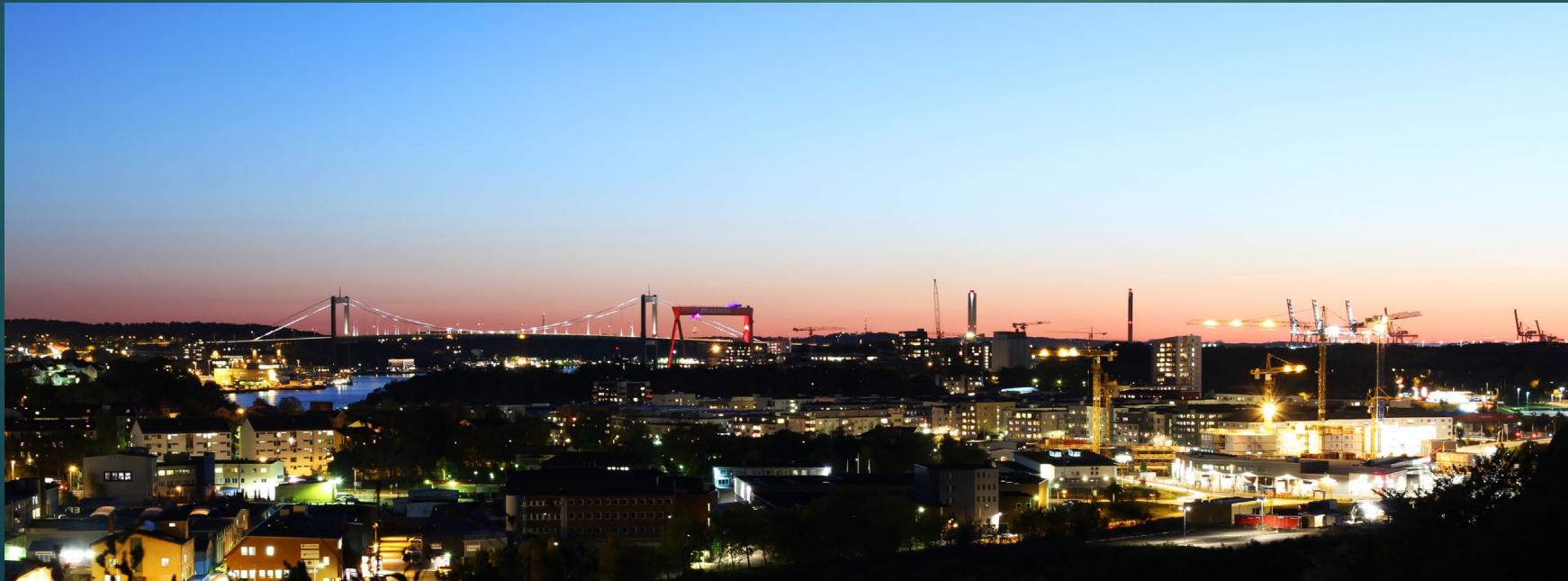


# Långvarig smärta -varför är smärta så svårt? -opioider - ska vi, kan vi, vill vi?

Louise Samson

Specialistläkare i allmänmedicin  
ST-läkare i smärtlindring

Sektionschef Smärtcentrum och Tryckkammaren, Östra sjukhuset  
Ledamot RPT smärta, NAG smärta och adjungerad ledamot RPT orofacial smärta



# Upplägg av dagens föreläsning

- ▶ Smärta - definition och fysiologi
- ▶ Utredning och behandling
- ▶ Opioider – rätt diagnos, rätt patient, rätt plan
  
- ▶ Vad händer regionalt i smärtvården?

# Smärta - definition

”En obehaglig sensorisk och emotionell upplevelse kopplad till – eller liknande det man upplever vid - vävnadsskada eller hotande vävnadsskada”

(IASP=International Association for the Study of Pain)

# Smärta - prevalens

- ▶ Smärta är den vanligaste sökorsaken i primärvården – 30%
- ▶ Långvarig smärta utgör tillsammans med psykisk ohälsa de vanligaste orsakerna till långtidssjukskrivning, och ofta finns samsjuklighet mellan diagnoserna – 30%
- ▶ Patienter med långvarig smärta ofta mångsökare – nästan 80%

# Smärta - konsekvenser

- ▶ Skattar sin livskvalitet lågt
- ▶ Nedsatt fysisk och social funktion
- ▶ Ökad ångest och nedstämdhet
- ▶ Sämre arbetsförmåga

Långvarig smärta alltså VANLIGT förekommande, och medför STORA konsekvenser både för individ och samhälle

▶ Akut eller långvarig smärta? Eller akut smärta hos en patient med långvarig smärta...

▶ Smärttyp?

Nociceptiv

Neuropatisk

- Perifer

- Central

Nociplastisk

*Smärtanalys! Vilka smärttypen har patienten? Ofta flera samtidigt!*

# Långvarig smärta

- ▶ Ländryggsmärta/nacksmärta
- ▶ IBS
- ▶ Endometrios
- ▶ IBD
- ▶ TMD
- ▶ WAD
- ▶ Fibromyalgi
- ▶ Huvudvärk – migrän/spänningshuvudvärk
- ▶ Myofasciell smärta
- ▶ Reumatiska sjukdomar
- ▶ Artros
- ▶ Neuropatiska smärttillstånd
  - ▶ Perifer - ex trigeminusneuralgi, bältros, diabetes, nervkompression.
  - ▶ Central - ex MS, stroke, traumatisk ryggmärgsskada

*Smärtanalys! Vilka smärttyper har patienten? Ofta flera samtidigt!*

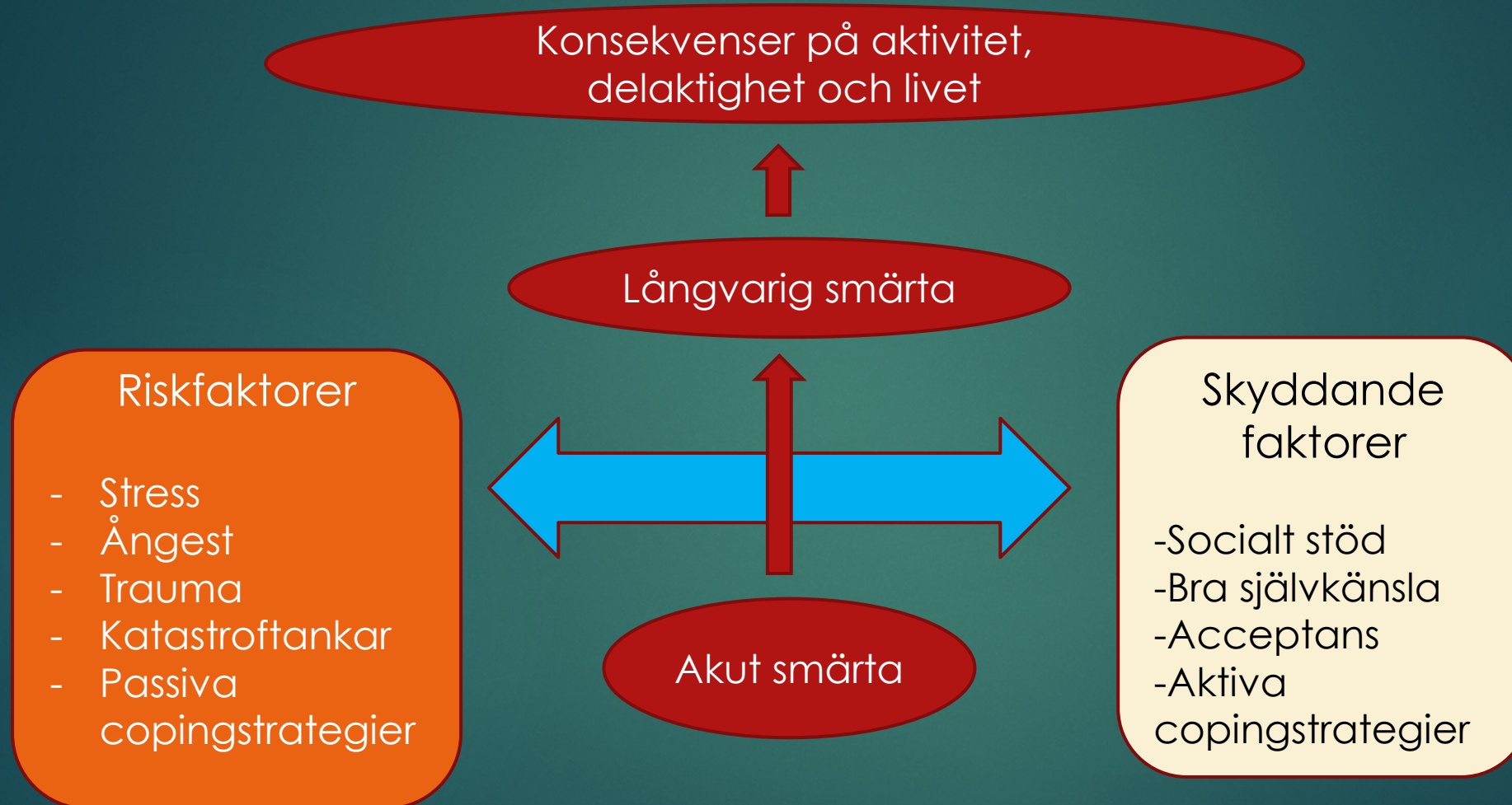
# Utmaning med långvarig smärta

- ▶ Hur hittar vi dem i bruset med patienter?
- ▶ Kan vi undvika utveckling av långvarig smärta?
- ▶ Hur hinner vi med dessa patienter i den tidspressade arbetsmiljön?



Bildkälla:  
[mizzsunlady.blogspot.com](http://mizzsunlady.blogspot.com)

# Biopsykosocial förklaringsmodell



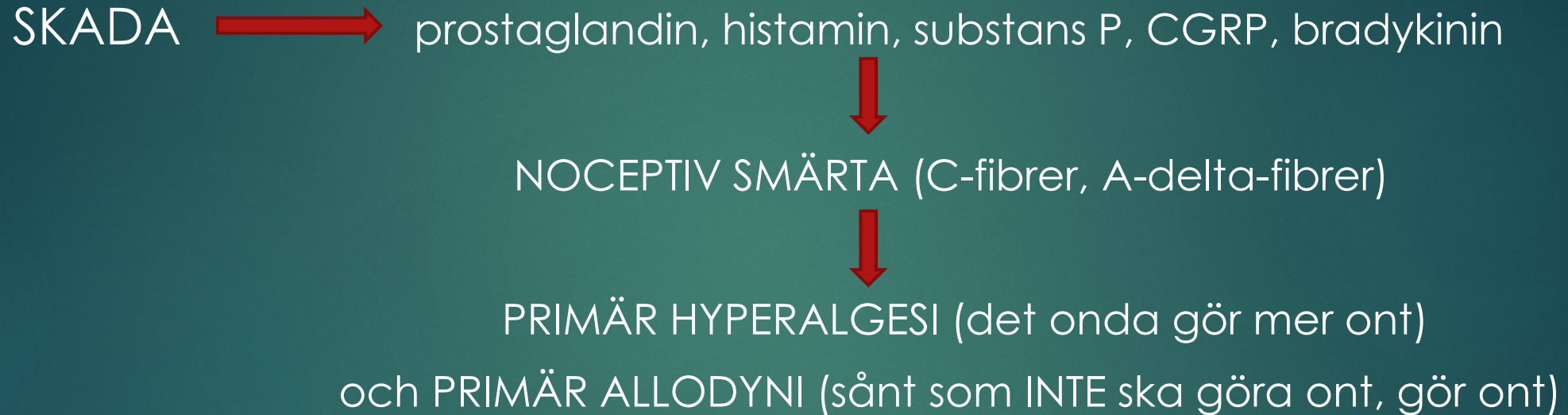
# Nociplastisk smärta

- Ökad smärtkänslighet genom obalans i perifera och centrala nervsystemet

- ▶ Perifer sensitisering
- ▶ Central sensitisering
- ▶ Central disinhibition
  
- ▶ HPA-axeln (hypotalamus, hypofys, binjurar)
- ▶ Limbiska systemet

*Smärta – ett sinne designat för att sensitiseras!*

# Perifer sensitisering



Snabb process!

# Central sensitisering

Nervsignal perifert

A-delta  
C-fibrer

ryggmärgens dorsalhorn

WDR

Inhibitoriska interneuron

Glutamat – AMPA-rec  
NMDA-rec  
GLIA

Tractus spinothalamicus

Thalamus

Basala ganglier

Limbiska systemet

Cortex

Glutamat: toxiskt för interneuron

NMDA-rec: ökar retbarhet i synaps och aktiverar vilande synapser

Neuropeptider: dendritillväxt och aktiverar gliaceller

Gliaceller: lokal cytokinfrisättning, förstärker AMPA och NMDA, hämmar opioid och GABA

# Central disinhibition

NEDÅTGÅENDE SMÄRTHÄMNING (endorfiner, serotonin, noradrenalin)  
– denna nedregleras

Vi har då ett nervsystem med en ökad smärtgas och minskad smärtbroms – OBALANS och negativ smärtspirals

# Flera andra system kommer också i obalans och bidrar till den ökade smärtekänsligheten

- CORTEX minskar och somatosensoriska cortex reorganiseras
- LIMBISKA SYSTEMET – amygdala förstoras – ökad ångest – ökad smärta...
- HPA-axeln (adrenalin, kortisol) – stresspåslag – ökad smärta – ökad stress...

# Utredning smärta

ANAMNES (Hur? Var? När? Bättre? Sämre?), STATUS



Smärtdiagnos: Akut/långvarig?  
Nociceptiv/neuropatisk/nociplastisk?

- ▶ Röda flaggor?
- ▶ Gula flaggor?
- ▶ Diffdiagnostik - hypotyreos, järnbrist, B12-brist, paratyreoidea, neuroborrelios, celiaki, malignitet, ALKOHOL, läkemedelsbiverkan...

**Våga sätta stopp för utredning!**

- ▶ Vid ALL smärta som pågått mer än 3 månader – fundera över hur långt sensitiseringsprocessen kommit hos just denna patient!
- ▶ Förutom att behandla ex artros där en nociceptiv smärtkomponent finns, behövs också insatser för en centralt sensitiserad smärtkomponent?
- ▶ Vid AKUT smärta – behövs insatser för att UNDVIKA att patienten i framtiden ska utveckla nociplastisk smärta?

# Behandling långvarig smärta

## Icke-farmakologisk

- ▶ Förklaringsmodell och lyssna!
- ▶ Träning i balanserad dos
- ▶ Avslappning, andning, kroppskännedom
- ▶ Vardagsbalans, sömnhygien, stresshantering, ergonomi etc
- ▶ ACT/KBT
- ▶ TENS
- ▶ Multimodal smärtrehabilitering
- ▶ Ryggmärgsstimulator

## Farmakologisk

- ▶ Sekundäranalgetika
  - amitryptilin, duloxetin, gabapentin, pregabalin START LOW, GO SLOW!
- ▶ Primäranalgetika
  - paracetamol, NSAID
  - opioid
- ▶ Antidepressiva
- ▶ Sömn, ex Mirtazapin
- ▶ Topikalt, ex Versatis, Qutenza
- ▶ Klonidin...?
- ▶ Triggerpunktsblockader, nervblockader...?

# Ansvarsfull opioidförskrivning -att ha en plan



Bildkälla: Pixabay.com

# Rätt diagnos, rätt patient, rätt plan

## ▶ SMÄRTANALYS!

- Svår akut nociceptiv eller neuropatisk smärta
- Långvarig nociceptiv smärta i vissa fall
- Långvarig neuropatisk smärta i undantagsfall

## ▶ Har annan behandling prövats i rimlig omfattning?

- Primäranalgetika
- Sekundäranalgetika
- Uni- och multimodal ickefarmakologisk behandling
- Lokalbehandling (Versatis, Qutenza)
- TENS

# Finns riskfaktorer hos patienten för iatrogen beroende?

## Absoluta kontraindikationer

- Tidigare och pågående substansmissbruk
- Obehandlad svår psykisk sjukdom, ffa svår ångest
- Personlighetssyndrom kluster B

## Relativa kontraindikationer

- Ungdom
- Kaotisk livsföring
- Dålig impuls kontroll
- Social isolering
- Passiv livshållning
- Hereditet
- m fl...

# Finns risk för oavsiktligt överdos?

- ▶ Ålder över 65 år
- ▶ Påverkad andning
- ▶ Nedsatt lever- eller njurfunktion
- ▶ Akuta sjukdomstillstånd (sepsis eller annan svår akut infektion)
- ▶ **Samtidig behandling med bensodiazepin**
- ▶ Substansbrukssyndrom eller riskbruk av alkohol
- ▶ Psykisk sjukdom
- ▶ Dygnsdos över 50 mg morfinekvivalenter

# Rätt plan

- ▶ Rätt förväntningar av effekt – inte enbart smärtlindring utan också förbättrad FUNKTION och LIVSKVALITET!
- ▶ Opiodkontrakt – mål med behandling, uppföljning, maxdos, följsamhet, EN förskrivare, tidsperiod.
- ▶ Medgivande att få ta del av läkemedelsförteckning.
- ▶ Uppföljning tidigt och regelbundet! Balansgång mellan effekt och biverkningar. Utvärdera biverkningar, smärtintensitet, funktionsnivå och livskvalitet.

- ▶ Vid AKUT smärta bör behandling vara så kort som möjligt – kan oftast avslutas efter 3-5 dygn. Sällan mer än 2 veckor.
- ▶ Akut smärta som ÖVERGÅR i långvarig smärta – NY smärta. Om opioid använts för akut smärta, sätt ut. Ny smärtanalys och ny behandlingsplan!
- ▶ Vid LÅNGVARIG smärta ska behandling med opioid i princip alltid ses som en tidsbegränsad behandling. TIDSBEGRÄNSAD OCH LÄGSTA MÖJLIGA DOS!

- ▶ ALLTID obstipationsprofylax – Cilaxoral/Laxoberal och/eller Movicol
- ▶ Beakta långtidsbiverkningar – hormonrubbningar, kognitiva störningar, opioidinducerad hyperalgesi

Om dygnsdos motsvarande 60 mg morfin inte gett god effekt, höj inte dosen utan trappa ut. Ej opioidkänslig smärta.

Om dålig effekt efter en månads behandling, ej sannolikt att längre behandlingstid ger bättre effekt. Trappa ut.

Om toleransutveckling – inte höja dosen utan trappa ut eller rotation.

Om tappade/stulna/hunden ätit upp/glömt i sommarstugan etc... Beteendeförändringar förenliga med beroende -  
Trappa ut!

# Rätt val av opioid

## Akut smärta

- ▶ **Morfin** – individuell effekt. Dosreducera vid lätt till måttlig nedsatt njurfunktion
- ▶ **Oxikodon** – effekten ofta mer förutsägbar jämfört morfin. 10 mg morfin motsvarar 5-7,5 mg oxikodon. Dosreducera vid grav njursvikt.
- ▶ **Buprenorfin** – i vissa fall vid postoperativ smärta (Temgesic) upp till en vecka. Antagonist + agonist. Sannolikt mindre beroendeframkallande än morfin. Den opioid som påverkas minst vid nedsatt njurfunktion.
- ▶ **Tapentadol** – MOR + NRI. Ffa vid opioidkänslig smärta med neuropatisk komponent. Dosjustera vid grav njursvikt.

Kodein och Tramadol rekommenderas ej.

# Rätt val av opioid

## Långvarig smärta

- ▶ **Morfin** i depotberedning, **oxikodon** vid biverkningar eller nedsatt njurfunktion
- ▶ **Buprenorfinplåster** – alternativ vid ex artrossmärta hos äldre eller hos personer med grav njursvikt. 5 mikrogram/timme motsvarar 10 mg morfin/dygn
- ▶ **Tapentadol** – ffa om neuropatisk smärtkomponent. MOR + NRI.
- ▶ **Metadon** – MOR + NRI + NMDA-rec

Kodein och Ketobemidon rekommenderas ej.

Tramadol – i undantagsfall. Har också SNRI-effekt. Stor risk för biverkningar och beroende. Individuell metabolism (som kodein). Trappas in och ut

# Ansvarsfull opioidförskrivning -att ha en plan



Bildkälla: Pixabay.com

# Utmaningen...

## ▶ Hur hittar vi dem?

Vid ALL smärta, fundera över graden central sensitisering! Hur långt har denna patient kommit i sensitiseringsprocessen?

## ▶ Kan vi undvika utveckling av långvarig smärta?

Går att undvika om TIDIGA insatser och att vid akut smärta screena för "gula flaggor"

## ▶ Hur hinner vi?

Vi hinner inte...

Samarbeta med andra professioner och vårdnivåer för att identifiera riskindivider samt bilda lokala team för smärtpatienten.



Bildkälla: Pixabay.com

# Take home message

- ▶ Ju tidigare i sensitiseringsprocessen vi hittar patienten, ju tidigare kan processen bromsas!
- ▶ AKUT smärta kan utvecklas till LÅNGVARIG smärta!
- ▶ Nociplastisk smärta kan finnas SAMTIDIGT med annan smärta, ex neuropatisk eller nociceptiv smärta
- ▶ Opioider i väl utvalda fall – men bara om rätt smärttpat, rätt patient och tydlig plan

# Vad har RPT smärta gjort?

1. **Webutbildning BAS och 6 fördjupande webutbildningar**
2. **Framtagning av RMR för ansvarsfördelning**
3. **Plan för smärtvården 2025**
4. Samarbete med koncernkontoret kring införande av nivå 2-team, medverkat på HSS-möten och HSN-möten
5. Medverkat i NAG smärta
6. Föreläsningar om långvarig smärta för vårdsamordnare i VGR, ST-läkare i olika specialiteter
7. Patientinformation
8. Patientpanel
8. Utbildning 100 FT/AT ledarutbildning smärtskola i primärvård
10. Ny kommunikationskanal i form av öppna telefontider hos smärtspecialist i Gbg för pv
11. Nyhetsbrev

# Smärtutbildning lärportalen

Basutbildning – långvarig smärta. Ca 15 minuter.

## 6 vidareutbildningar

- ▶ Smärtanalys
- ▶ Läkemedelsbehandling
- ▶ Fysisk aktivitet
- ▶ Vardagsbalans
- ▶ Psykologisk behandling
- ▶ Smärtdiagnoser

Patientinformation 9 språk

# RMR - ansvarsfördelning

Nivå 4 – regional specialistvård smärta och regionalt kunskapscentrum

Nivå 3 – interdisciplinär smärtvård inom specialistvård

Nivå 2 – interdisciplinär smärtvård inom primärvård

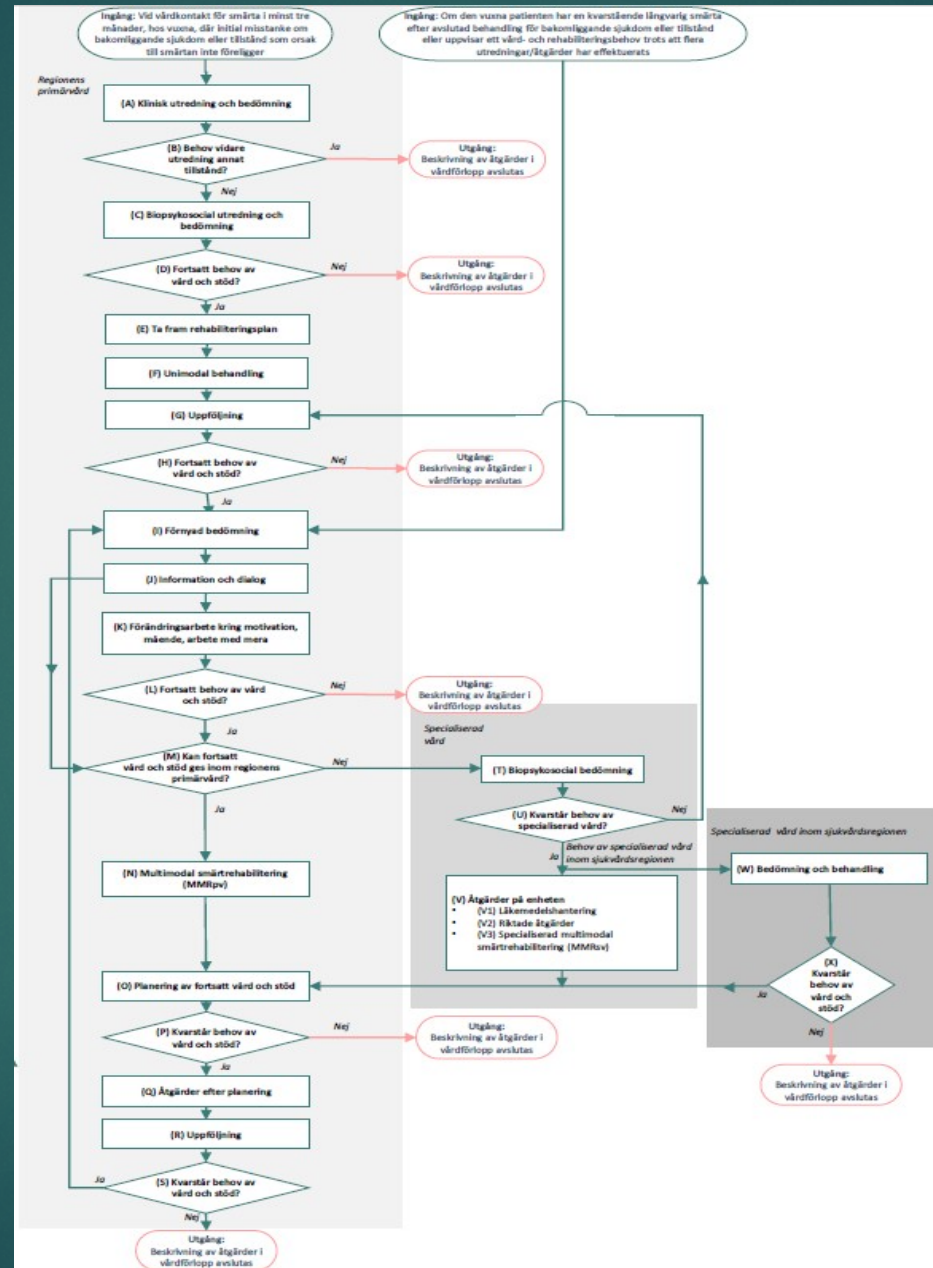
Nivå 1 – primärvård

# ett historiskt beslut...

Beslut i HSS juni 2021 om regionuppdrag  
smärtvård!

Nivå 1-2 inom  
primärvård

Nivå 3-4 inom  
specialistvård



# Västsvenskt smärtmöte

11/5 – 2023

Radisson Blu, Göteborg

Anmälan via Regionkalendern

# TACK! Frågor...?



Bildkälla: pixabay.com