

Bilaga C - Behandlingar och insatser vid långvarig smärta

Innehållsförteckning

Bilaga C - Behandlingar och insatser vid långvarig smärta	1
Innehållsförteckning	1
Sammanfattning.....	2
Patientutbildning	3
Fast vårdkontakt	4
Insatser kring fysisk aktivitet och funktion	4
Insatser kring psykologiska aspekter	6
Insatser riktade mot utförande av aktiviteter.....	8
Psykosociala insatser.....	9
Läkemedelsbehandling	10
Opioidbehandling.....	11
Annan medicinsk behandling	11
Multimodal smärtrehabilitering.....	12
Sjukskrivning	12
Referenslista	13

Sammanfattning

Långvarig smärta ska bedömas utifrån ett biopsykosocialt synsätt. ”Den biopsykosociala modellen med dess helhetssyn bildar basen för bedömning, behandling och rehabilitering i modern klinisk smärtvård” [1]. Diagnostik av smärtan såväl mekanistiskt som förslag på ICD-diagnos ska ingå i ett behandlingsförlopp oavsett nivå. Det biopsykosociala synsättet ska genomsyra behandlingen tidigt i förloppet och på alla vårdnivåer. Rehabiliteringsplanens centrala roll och personcentrerad vård bör prägla vårdmöten och behandlingar. Det är viktigt med en pedagogisk ansats på alla nivåer.

För att minska eventuella negativa konsekvenser av långvarig smärta är det viktigt med ett adekvat bemötande med god förmedling av kunskap och information om tillståndet samt stöd under längre perioder. Det är arbetsgruppens gemensamma uppfattning, baserad på de samlade erfarenheter som den besitter, att det är väsentligt att all vårdpersonal under hela vårdförloppet har samsyn kring långvarig smärta och psykologiska påfrestningar då dessa två i princip är oskiljaktiga tillstånd. Inom primärvården är det viktigt att patienten har en utsedd fast vårdkontakt.

Det kan, beroende på problematik, till exempel vara en kompetent sjuksköterska som, i likhet med diabetessjuksköterskan, har möjlighet att ha en kontinuerlig kontakt med patienter med långvarig smärta, en rehabiliteringskoordinator som kan samordna olika insatser både inom och utanför sjukvården (något som oftast behövs vid behandling av patienter med långvarig smärta) eller annan legitimerad vårdpersonal som har kompetens inom området långvarig smärta.

Det behövs en kompetent och evidensbaserad smärtvård som har kunskap om

- sjukdomar och dess utredning och behandling
- nervsystemets plasticitet och föränderlighet vid långvariga smärttillstånd och stress
- identifiering av patienter som löper risk för långvarig smärta.

Under senare delen av arbetet med vårdförloppet har två SBU-rapporter tillkommit, som därför inte ingår i detta arbete [2, 3]. Nedan beskrivs behandlingar och insatser vid långvarig smärta. Dessa kan utföras av enskild vårdpersonal (unimodalt), av flera vid behov samverkande vårdpersonal (intermediärt) eller av vårdpersonal som arbetar i team med patienten som medlem (multimodalt).

- Unimodala insatser utförs av en vårdpersonal och omfattar yrkesspecifika åtgärder riktade mot specifika och relevanta problemområden inom den egna kompetensen.
- Intermediära insatser utförs av enskilda personer i vårdpersonalen som samarbetar eller samverkar, när behov uppstår, till exempel för att uppnå målsättningar som kräver åtgärder inom flera problemområden utöver den enskildes kompetensområdet.
- Multimodala insatser innebär riktade, koordinerade och samordnade teaminsatser av vårdpersonal som är utbildade för utförande av insatser utifrån ett biopsykosocialt synsätt inkluderande fysisk aktivitet och förmåga, psykologiska och sociala konsekvenser av långvarig smärta, återgång till arbete och/eller studier om lämpligt, annars återgång till för patienten tillfredsställande livsföring.

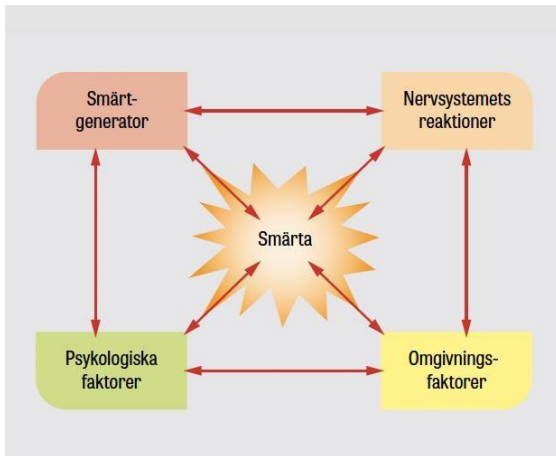
Konsensus råder om att ju mer smärta påverkar olika livsområden, desto mer lämpligt är att koordinera insatser. Vid omfattande smärtproblematik och konsekvenser som dominerar livets alla områden, desto viktigare är att erbjuda multimodal smärtrehabilitering.

Patientutbildning

Evidens pekar på att patientutbildning om smärta och förklaringsmodeller leder till förbättringar i tillståndet och kan användas som unimodal behandling eller som en integrerad del av multimodal behandling, beroende på grad av komplexitet i form av konsekvenser för livsföring, som långvarig smärta medför för individen [4]. Vidare finns det evidens för att den neurobiologiska förklaringsmodellen som skiljer på smärta och skada (smärtsystemets olika komponenter och deras interaktioner, sensitisering samt hämmat bromssystem), är att föredra över den ortopediskkirurgiska modell som i motsats till den neurobiologiska modellen förstärker koppling mellan smärta och skada.

Patientutbildningen börjar som ett komplement till smärtanalys. En modell har publicerats i landet och kan med fördel kommuniceras visuellt för patienten. I modellen, som presenteras i figur 1, sammanfattas olika nyckelområden som bygger upp patientens smärtupplevelse [5]:

- Primära smärtgenererande mekanismer/smärtgeneratorer (muskler, leder och nerver), det vill säga nociceptiv och/eller neuropatisk smärta. Det är viktigt att förklara för patienten vilka mekanismer som är inblandade.
- Nervsystemets reaktioner på långvarig nociceptiv och/eller neuropatisk smärta leder ibland till långvarig sensitisering (nociplastisk smärta). Denna kan vara lokal, regional eller generaliserad (fibromyalgi) och påverkar bland annat kognition, sömn och autonom balans.
- De psykologiska faktorerna - tankar, känslor och hantering av dessa. Nedstämdhet/depression och oro/ångest, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och generaliserat ångestsyndrom (GAD) är vanliga sådana psykologiska faktorer.
- Omgivningsfaktorer - förutsättningar och krav i den sociala situationen är avgörande för möjligheten att påverka sin vardagsaktivitet.



Figur 1. En möjlig modell att kommunicera smärtanalysens resultat till patienten

Om patienten bedöms vara i behov av multimodal smärtrehabilitering har patientutbildning bäst effekt som en del av en samordnad och integrerad behandling.

Fast vårdkontakt

Patienter med mer komplexa behov, där långvarig smärta ingår, ska ha en fast vårdkontakt. En fast vårdkontakt ska vara legitimerad och ska utbildas i smärta om utbildning saknas. Patienter med långvarig smärta utgör en heterogen grupp, med olika behov och förutsättningar. Den fasta vårdkontakten utses vid planering (rehabiliteringsplan, patientkontrakt) och ska vara den som följer upp det som planeras. Den fasta vårdkontakten ska ha ett tydligt samordnande uppdrag som inkluderar samordning mellan vårdnivåer samt andra rekommendationer som vården initierar och bör samordnas med verksamheter utanför vården.

Den som har en stor behandlande insats för patienten kan med fördel vara fast vårdkontakt. Om fokus för insatserna är medicinska frågor som till exempel läkemedelsbehandling, bör den fasta vårdkontakten vara en sjuksköterska eller en läkare. Där huvudfrågan är stöd i arbetet eller sjukskrivning så blir den fasta vårdkontakten med fördel en person utbildad i koordinering, det vill säga en rehabiliteringskoordinator, och så vidare.

Den fasta vårdkontaktens roll innebär att vara en kontinuerlig resurs för de olika behov som patienter med långvarig smärta har, till exempel för optimering av symtomlindring, undervisning, rådgivning eller samordning. I arbetet ingår att identifiera och känna igen patienter som löper risk för långvarig smärta. Förutsättningar för adekvat tillgänglighet till vårdkontakten måste ges.

Insatser kring fysisk aktivitet och funktion

År 2020 uppdaterade WHO de allmänna rekommendationerna för hälsofrämjande fysisk träning i syfte att minska risken för en rad olika sjukdomstillstånd samt risken för död i förtid [6].

Rekommendationerna angående regelbunden fysisk träning och begränsad tid i stillasittande gäller även vuxna patienter med långvarig smärta. Det är viktigt att göra en noggrann kartläggning utifrån funktionsförmåga och begränsningar och individualisera såväl träningen som träningsupplägg utifrån varje patients målsättning och krav på aktiviteter. Träningsupplägget ska fungera i vardagen och bidra till livskvalitet. Vissa patienter fortsätter med aktiviteter trots intensiva smärtor. Man förtränger eller uthärdar smärtan, så kallat uthärdandebeteende, vilket leder till överbelastning av muskler och andra strukturer, och i förlängningen långvarig smärta. Dessa patienter kan behöva hjälp med att begränsa sina aktiviteter

Konditionsfrämjande och muskelstärkande fysisk träning är evidensbaserade behandlingar med förväntade positiva effekter på såväl fysisk som psykologisk funktion, förmågan att leva ett aktivt liv samt i viss mån även smärtans intensitet. Doseringsprinciperna följer vedertagna principer för träningslära [7, 8]. Detsamma gäller för långvariga rygg- och nackbesvär [9] och långvariga utbredda smärttillstånd [10, 11]. Många patienter behöver stöd av fysioterapeut för initiering av fysisk träning och för att på ett ändamålsenligt sätt öka belastning och intensitet.

Ett viktigt undantag från denna praxis är patienter med utbredd dysfunktionell smärthämning, så kallad nociplastisk smärta. Hos dessa patienter kan fysisk aktivitet orsaka en smärtökning, i stället för minskad känslighet för smärta som sker hos personer med normal smärthämning. Dessa patienter behöver en individuell utprovning och uppföljning av sin fysiska aktivitet där hänsyn tas både till vedertagna principer för träningslära och till smärtans utveckling. För att undvika försämring bör dosen ökas långsamt och även om smärtan ökar i samband med fysisk träning så bör den inte öka över tid [12].

Initialt ska patienten stödjas att komma i gång med en rutin och därefter stegra duration och/eller intensitet i träningen. Det är viktigt att ta upp risken för smärtökning med patienten innan träningen startar, för att minska risken att patienten avbryter, då den ökade smärtan kan upplevas som besvärande och rent av skrämmande. Vid ökande smärta bör patienten försöka bibehålla rutinen och tillfälligt minska intensitet/motstånd och/eller duration på den fysiska aktiviteten.

Det kan dröja flera månader innan patienten upplever positiva effekter av träningen. Studier tyder på att de med långvarig smärta som kan träna på måttlig och hög intensitetsnivå har störst effekt, men det finns även studier som visar att träning på lägre nivå har effekt jämfört med ingen träning alls [7].

För patienter med normal smärthämning (inte nociplastisk) är det väsentligt att identifiera varje patients utgångsläge vad gäller fysisk kapacitet och introducera träningen på en anpassad nivå. På så sätt vänjs kroppen successivt vid den ökade fysiska belastningen. En tydlig plan för stegring av träningen krävs för att inte bli kvar på en nivå som är för låg för att uppnå gynnsamma effekter.

Det finns olika strategier för hur stegring kan ske. Vanligast är en progressiv stegring tills patientens målsättning är nådd, vilket kan fungera utmärkt om målen är tydliga och aktivitetsrelaterade och doseringen bygger på principer för träningslära snarare än upplevelse av smärta. Två andra modeller för stegring av fysisk funktion och förmåga är graderad aktivering och graderad exponering, vilka

kortfattat beskrivs i relation till behandling här [13]. I kapitlet beskrivs även vikten av att integrera principer för beteendelinäring vid fysisk träning samt tillämpning av det som uppnås genom träningen i dagliga aktiviteter.

Behandlingen kring fysisk aktivitet och funktion består av flera olika komponenter. Det kan vara att bidra till ökad kunskap och minskad oro hos patienten, att guida patienten i att starta upp fysisk träning och vid behov smärtlindring.

Att leva med långvarig smärta påverkar rörelse kvaliteten, det vill säga hur vi använder våra kroppsliga resurser, och ger förändrat rörelsemönster. Den fysioterapeutiska behandlingen bör därför innehålla:

- stöd och guidning till patienten att öka medvetenheten om kroppen
- sina vane- och rörelsemönster
- uppfattningen av kroppsliga signaler.

Syftet är att återerövra det mest optimala och funktionella sättet att använda kroppen, det vill säga att öka förmågan att röra sig mer stabilt, balanserat och koordinerat [14, 15].

Om patienten bedöms i behov av multimodal smärtrehabilitering har insatser kring fysisk aktivitet och funktion bäst effekt som en del av en samordnad och integrerad behandling.

Insatser kring psykologiska aspekter

Psykologisk behandling vid långvarig smärta omfattar kognitiva och beteendeterapeutiska interventioner och tekniker (kognitiv beteendeterapi, KBT), eftersom emotionella, kognitiva, och beteendefaktorer är centrala i utvecklingen av långvarig smärta. Målsättningen är att minska upplevelser av hjälplöshet och brist på kontroll, samt att främja beteenden som minskar smärtans inverkan på funktion och livskvalitet.

De senare årens forskning kring rädsla och undvikande har bidragit till att mer renodlade former av KBT som fokuserar på exponering har utvecklats. Även andra metoder som utvecklats ur KBT såsom "acceptance and commitment therapy" (ACT) och medveten närvarobaserad stressreduktion är vanligt förekommande [16].

Träning i hälsosamt beteende samt förmedling av kunskap kring hur människan tänker och handlar är grunden i all KBT-behandling. Utbildad personal i KBT kan arbeta med beteendeanalyser och interventioner, med kognitiva tekniker inriktade på förändring av hanteringsstrategier, med tekniker som påverkar medvetande för att modulera och/eller påverka själva smärtupplevelsen eller stressen, som ihållande smärta i det dagliga livet innebär. Många gånger arbetar utbildad personal i KBT med flera av dessa områden. Vanliga komponenter som ingår i en KBT-intervention för patienter med långvarig smärta är [17]:

- psykoedukation, för att öka kunskap om olika psykologiska och inlärningsmässiga faktorer som påverkar smärta
- beteendexperiment, för att uppmana maladaptiva föreställningar och öka ett beteende genom att prova på och utvärdera resultat
- problemlösning, för att omformulera hinder till problem som systematiskt kan lösas och för att utveckla förmåga att se och använda olika lösningar på ett problem
- graderad aktivering, för att öka aktivitetsnivå mot personliga mål och förebygga rädsla och undvikande
- tillämpad avslappning, för att reducera känslomässig uppvarvning vid smärta
- pacing, för att genomföra aktiviteter i jämn takt med korta pauser och undvika för mycket respektive för lite aktivitet under en tidsperiod
- omvärdering/förändring av kommunikation och hanteringsstrategier kring smärta och andra påfrestningar, för att underlätta kontakten med omgivning
- stresshantering med prioritering, för att öka förmåga till prioritering och tidsplanering
- omvärdering/förändring av självbilden, krav och förmåga samt gränssättning.

ACT har under senare år seglat upp som en lika effektiv psykologisk metod som KBT vid långvarig smärta [18]. ACT inriktar sig på att få individer att möta smärta med acceptans, som en del av livet, i stället för att försöka kontrollera den samt leva sitt liv utifrån det som man värdesätter. Både kognitiva (restrukturering) och beteendemässiga (exponering) tekniker används inom ACT.

Modellen om rörelserädsla och undvikande av rörelse är en av de mest kända modellerna inom smärteforskning och har genererat både hypoteser och behandlingsmetoder [19]. Modellen utgår från att smärta får, för en mindre grupp människor, en katastrofal betydelse. Katastrofiering (i sin tur påverkad av negativa affekter och hotfull information om ohälsa) leder till rädsla för smärta och/eller för att skada sig igen. Detta permanentas i en ond spiral som befrämjar och bibehåller undvikande, aktivitetsbegränsningar, funktionshinder, mer smärta, katastrofiering och så vidare.

- Rörelserädsla behandlas med aktivitetsgradering, exponering och ACT. De två sistnämnda metoderna verkar påverka bäst i positiv riktning både rädsla och funktionshinder. Smärtekatastrofiering definieras som en överdriven negativ tendens att fokusera tankar på faktisk eller förväntad smärta och har ett starkt samband med ökad smärtupplevelse. Sambandet uppstår tidigt under utvecklingen och verkar kausalt: katastrofiering leder till ökad smärta [19]. I flera studier predicerar katastrofiering smärtnivåer hos smärtfria deltagare. Den korrelerar med ångest, rädsla och depression [20]. Acceptans, undvikande av rörelse på grund av smärterelaterad rädsla och katastrofiering har på senare tid blivit lika

viktiga föremål för psykologisk behandling som dysfunktionella hanteringsstrategier och föreställningar.

- Om patienten bedöms i behov av multimodal smärtrehabilitering har insatser kring psykologiska aspekter bäst effekt som en del av en samordnad och integrerad behandling.

Insatser riktade mot utförande av aktiviteter

Personer med långvarig smärta kan ha problem att utföra aktiviteter inom olika livsområden som personlig vård, arbete, hemliv samt fritid och rekreation [21]. Det är viktigt att utifrån aktivitetsmodeller kartlägga och förstå patientens aktivitetsproblem följt av en fördjupad aktivitetsanalys av vardagen. En sådan kartläggning täcker patientens olika aktivitetsområden och ger svar på vilka svårigheter patienten upplever i aktivitet. Hänsyn tas till individuella faktorer likväl som aktivitet och miljöfaktorer [22].

I bedömningen ingår patientens engagemang, tilltron till den egna förmågan i aktivitet, värdering av olika aktiviteter samt vanor och rutiner. Instrumenten som används för kartläggning kan vara både intervju- och observationsinstrument. Exempel på bedömningsinstrument är Canadian Occupational Performance Measure (COPM) [23] och Worker Role Interview (WRI) [24]. För att bedöma aktivitetsförmågan kan även en strukturerad observationsbedömning av aktivitetsutförande i någon eller några viktiga aktiviteter vara värdefull.

Utifrån aktivitetskartläggningen identifieras interventioner baserade på individens mål, förmågor och hinder. Insatserna har ett tydligt aktivitetsinriktat fokus med upplägg utifrån forskningsevidens och nationella riktlinjer, och riktar sig till aktiviteten, individen eller miljön, eller kombinationer av dessa. Vanliga interventioner för patienter med långvarig smärta är att utarbeta och tillämpa strategier eller att i aktivitet träna på att genomföra de aktiviteter individen önskar, behöver, vill och förväntas göra [25].

Interventionerna kan även riktas mot att förbättra patientens aktivitetsbalans, där balansen mellan olika typer av aktiviteter som exempelvis fysiskt krävande och återhämtning ses över i en aktivitetsdagbok och förändras vid behov. Att ha kontroll över sin aktivitetsrepertoar stärker självförtroendet och ökar insikten om den egna förmågan att lösa vardagens problem och skapa en god livskvalitet trots smärta.

När patienter är aktiva och koncentrerar sig på meningsfulla aktiviteter kan smärtan upplevas mindre intensiv. Att arbeta i ett anpassat tempo (activity pacing) kan vara en viktig metod. Pacing innebär att aktiviteter bryts ner i mindre enheter och att en mindre omfattande aktivitet utförs vid flera tillfällen eller med varierande kroppspositionering i stället för mycket aktivitet vid ett och samma tillfälle [26].

Sammantaget är målet att uppnå en för patienten lämplig aktivitetsbalans mellan arbete, fritid och sociala aktiviteter samt mellan aktivitet, återhämtning och vila. Det innefattar att nå en optimal

förmåga i för personen betydelsefulla aktiviteter utifrån dennes önskemål och behov och förhållande till omgivningens krav. Fokus ligger både på mängd och kvalitet i aktivitet med anpassning till energibesparande och ergonomiskt anpassade utförandestrategier vid behov.

Patienter stöds till en gradvis anpassning i de förändringar som krävs i vardagen. Att kunna acceptera smärtan, arbeta mot mer långsiktiga mål i stället för smärtlindring i det korta perspektivet och anpassa sitt liv kan ta olika lång tid. Att klara av och återta aktiviteter kräver tid och uthållighet, vilja till förändring, organisationsförmåga och aktiv träning. Genom att medvetandegöra vardagsrutiner kan man rikta åtgärder till det som behöver förändras eller anpassas [22, 26].

För patienter med långvarig smärta i arbetsför ålder riktas interventioner ofta mot arbete. Även i relation till arbetet görs en kartläggning av individens aktivitetsproblem också i relation till vilka krav som såväl arbetsuppgifterna som arbetsmiljön ställer. Situationen och kartläggningen ser ofta olika ut beroende av om patienten är sjukskriven, i arbete eller arbetslös.

De efterföljande insatserna utformas utifrån individens behov, till exempel baserat på om individen tror sig kunna arbeta eller inte, om arbetet behöver anpassas eller om individen behöver utveckla någon förmåga för att kunna genomföra sina arbetsuppgifter. I samtycke med patienten sker tidig kontakt med arbetsgivare och andra aktuella samverkansaktörer. Insatserna innefattar förutom aktivitetsinriktade insatser beskrivna ovan, även ergonomiska insatser eller rådgivning i den fysiska miljön samt problemlösning utifrån hindrande faktorer i arbetssituationen [22].

Om patienten bedöms i behov av multimodal smärtrehabilitering har insatser riktade mot utförande av aktiviteter bäst effekt som en del av en samordnad och integrerad behandling.

Psykosociala insatser

Psykosocialt behandlingsarbete och insatser bidrar till att identifiera och prioritera de sociala konsekvenser av smärttillståndet som är möjliga att påverka, samt stöttar processen att hitta hanteringsstrategier och/eller acceptans av det som inte är direkt påverkligt.

Långvarig smärta påverkar och påverkas ofta av omgivning och nätverk. Således görs en kartläggning av nätverk och relationer kring patienten. Utifrån patientens mål och önskan görs interventioner som mynnar ut i en tydlig plan med konkreta steg och hanteringsstrategier för att patienten ska kunna nå sina mål och komma närmre önskad social situation.

Tillsammans med patienten tydliggörs vidare hur patientens egen förmåga att påverka sin situation ser ut och vilka beteende hos patienten som är till hjälp och de beteende som inte är det. Detta utifrån mål att komma vidare mot funktionsökning och en på sikt hållbar arbetssituation. Det kan här handla om på vilket sätt patienten kan ändra sina beteende och vanor i arbete så att de blir mer gynnsamma i rehabilitering. Detta kan innefatta mycket konkreta steg såsom att hålla sig till sina uppgifter, hålla sina arbetstider, ta sina pauser, tydlighet i kommunikation gentemot kollegor och chef med mera.

Psykosocialt behandlingsarbete omfattar även samordning av kontakter med aktuella myndigheter och arbetsplatser, liksom samtalsstöd och hjälp att aktivera ett stödjande socialt nätverk. Patienten får en kort och för dem aktuell genomgång av regelverk kopplat till den socialförsäkringssituation hen kan befinna sig i. Syfte här är att få en ökad förståelse för regelverket och på så sätt en minskad upplevelse av orättvisa som ibland kan leda till en energikrävande kamp mot myndigheter.

Tydliggörande görs kring vad patienten kan påverka och inte i detta regelverk och i den situation hen befinner sig. Detta bidrar till en för patienten minskad upplevelse av maktlöshet och hjälplöshet över sin situation och en förmåga att lättare manövrera och förhålla sig till regelverket kopplat till socialförsäkringsfrågor.

Den viktigaste komponenten för framgångsrik behandling vid långvariga smärttillstånd är att teamet arbetar tillsammans med patienten för att uppnå en funktionsökning. Detta kräver att alla aktiviteter synkroniseras och att tydliga mål diskuteras tillsammans med patienten ur ett funktionshöjande perspektiv snarare än ett smärtlindrande. I detta ska alltid arbetsåtergång (eller att närma sig arbete) vara ett självklart mål för patienter i arbetsför ålder (om möjligt).

Om patienten bedöms i behov av multimodal smärtrehabilitering har insatser avseende sociala aspekter bäst effekt som en del av en samordnad och integrerad behandling.

Läkemedelsbehandling

Vid farmakologisk behandling av långvarig smärta ligger alltid en smärtanalys som grund och behandlingen ska ske i samverkan med behandlande team. Effekten av den farmakologiska behandlingen ska alltså bedömas ur ett funktions- och aktivitetsperspektiv, inte bara som smärtlindring.

Läkemedelsbehandling vid långvarig smärta måste alltid anpassas efter varje enskild patient och ofta behövs en kombination av läkemedel för bästa resultat. Det är inte ovanligt att samma patient har flera smärttyper samtidigt. Utvärdering av behandling ska vara vägledande för att väga effekt mot biverkningar. För mer detaljerad farmakologisk smärtbehandling hänvisas till [riktlinjer för långvarig smärta i Nationellt kliniskt kunskapsstöd](#).

Sammanfattningsvis framgår där följande:

Vid nociceptiv smärta används:

- paracetamol
- NSAID (non-steroidal anti-inflammatorisk drog).

Vid neuropatisk och nociplastisk smärta används:

- TCA (tricykliska antidepressiva läkemedel)
- Amitriptylin som också fungerar som sömnstabiliserande

- Gabapentin. Pregabalin är narkotikaklassat. Kan övervägas om gabapentin gett positiv smärtlindrande effekt men intolerabla biverkningar
- SNRI, (Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitors) duloxetin.

Opioidbehandling

Långvarig smärta bör endast i undantagsfall behandlas med opioider. Långvarig opioidbehandling ska noga utvärderas och följas upp avseende effekt och biverkningar. Behandlingen ska skötas av, eller ske i samråd med specialiserad smärtvård.

Den som förskriver opioider är ansvarig tills annan vårdpersonal formellt tagit över ansvar för behandlingen. Innan byte av vårdpersonal ska alltid en bedömning av behandlingen göras, detta är särskilt viktigt vid remiss från den specialiserade smärtvården till annan vårdnivå (till exempel primärvård). Om det bedöms att behandlingen ska fortsätta, ska detta motiveras och en plan för uppföljning dokumenteras. Om det bedöms att behandlingen ska avslutas ska plan för nedtrappning/avslut (inklusive tidsförlopp) dokumenteras.

Vid långvarig opioidbehandling ska drogfrihet säkerställas anamnesticke samt med upprepad provtagning, om det inte är uppenbart obehövt.

Långvarig opioidbehandling riskerar att ge ökad smärtskänslighet och andra biverkningar, även vid lägre doser. Många biverkningar är diffusa och upptäcks ofta inte förrän efter nedtrappningen.

Tydlig information och möjlighet att erbjuda lättillgängligt stöd av kontaktsjuksköterska under nedtrappningen är viktiga faktorer för framgång med nedtrappningen.

I de fall det inte är medicinskt riskabelt kan patienten själv styra nedtrappningen i hög grad. Vården måste dock sätta ramarna för nedtrappningen utifrån medicinska rekommendationer. Ramarna består oftast minst i ett tydligt beslut att nedtrappning ska ske och en bortre tidsgräns när den ska vara klar.

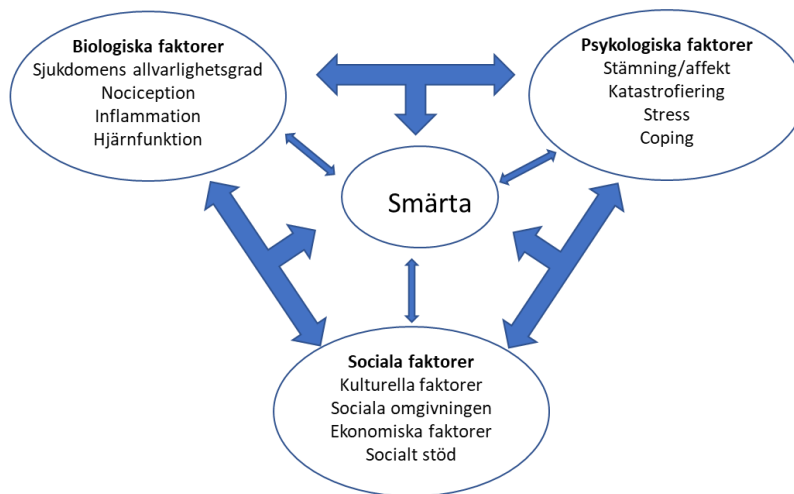
Effekten av nedtrappning ska inte utvärderas medan den pågår. Vanligen bör situationen stabiliseras två till tre månader efter avslutad nedtrappning.

Annan medicinsk behandling

Det finns ett antal andra medicinska behandlingar med varierande evidensgrad och där forskning pågår för flertalet av dessa. Exempel på behandlingar är ryggmärgsstimulering (Spinal Cord Stimulation och Dorsal Cord Stimulation), topikala behandlingar (capsaicin), kirurgiska interventioner, blockader, TENS, värme, ortoser, akupunktur, medicinsk laser med flera. Invasiva och kirurgiska interventioner sker oftast inom regionernas eller sjukvårdsregionernas specialiserade vård efter noggrann utredning och berör ett mindre antal patienter.

Multimodal smärtrehabilitering

Grunden för multimodal smärtrehabilitering är att flera professioner samverkar i behandlingen synkront. Även om enheter inte har fasta team, såsom ofta är fallet i primärvården, ska multimodalitet eftersträvas. Detta för att möjliggöra ett biopsykosocialt arbetssätt som präglar behandlingen [27]. Flera visualiseringar av den biopsykosociala modellen för smärta har gjorts, ett exempel visas här (Figur 2).



Figur 2. En möjlig modell att kommunicera smärtanalysens resultat till patienten, översatt från Fillingim [28]

Multimodal smärtrehabilitering innefattar många av de behandlingar som beskrivs ovan. Behandlingarna planeras och utförs dock utifrån ett teamsamarbete, där vårdpersonal med olika relevanta kompetenser samverkar sinsemellan samt med patienten och dennes närstående. Inom rehabiliteringen benämns detta arbetssätt som interdisciplinärt arbetssätt – de olika yrkeskategorierna samverkar tillsammans med patient och dennes närstående för att uppnå gemensamma mål.

Samordnad och aktiverande rehabilitering, med hjälp av tvärprofessionella insatser (multimodal rehabilitering) har bäst evidens – de ger bättre resultat än enstaka åtgärder vad gäller återgång till utförande av dagliga aktiviteter inklusive arbete eller studier om det är aktuellt [29].

Sjukskrivning

Individuellt anpassad sjukskrivning i kombination med medicinska insatser är en integrerad, individuellt anpassad och medveten del av de medicinska rekommendationer som innebär att det finns en tydlig plan för patienten. I planen kan ingå kontakt med arbetsgivaren för återgång till arbete eller arbetsförmedling, efter medgivande av patienten.

Sjukskrivning som behandling är en ”stark insats” och ska liksom annan potent behandling användas med försiktighet och följas upp. Sjukskrivning kan ha effekter som inte är gynnsamma för återhämtning. Vid sjukskrivning är det lätt att den vanliga strukturen för dagen försvinner. Den sjukskrivne kan vända på dygnet, hindras att komma ut och/eller äta på oregelbundna tider.

En längre tids sjukskrivning kan leda till att den sjukskrivne blir isolerad och känner sig folkskygg. Patienten vågar eller kan inte röra på sig eller träna som hen brukar och oroar sig för hur det ska gå att komma tillbaka till jobbet. Patienten kan också känna obefogade skuld- och skamkänslor mot både arbetskamrater och familjemedlemmar.

Ju längre sjukskrivningsperiod desto svårare kan det vara att återgå till arbete. Därför är det alltid viktigt att undvika längre sjukfrånvaro än nödvändigt. Det är bra om en sjukskrivning kan begränsas till deltid eftersom det minskar risken att bli långtidssjukskriven på heltid.

Sjukskrivning är en aktiv del av behandlingen som tillsammans med andra rehabiliterande åtgärder bidrar till att patienten återfår arbetsförmåga. Rehabiliteringskoordinatorer med särskilt fokus på sjukskrivningsprocessen ska vara med i behandling och rehabilitering av sjukskrivna patienter med långvarig smärta för att öka chanser till varaktig återgång i arbete. Rehabiliteringskoordinatorns roll bör innebära samordning mellan olika vårdpersonal, primärvård och specialiserad vård, arbetsgivare och Försäkringskassan.

En riktig, lagom, säker och jämställd sjukskrivning bidrar till en god och patientsäker vård. Med ”riktig” förstås att sjukskrivningen ska vara på rätt indikationer och följa nationella vårdprogram och riktlinjer. Med ”lagom” förstås att tidslängden och graden av sjukskrivning skall vara anpassad till person, funktionsstatus och arbetskrav. Sjukskrivning kan vara på heltid eller deltid (25—75%).

Med ”säker” förstås att det inte ska finnas onödig väntan till besök eller behandling, att en tidig samverkan sker mellan vården, arbetsgivaren och Försäkringskassan samt att det tidigt ska finnas en plan för återgång till arbete, plan för rehabilitering eller annan lösning. Med ”jämställd” förstås att patienter, oberoende av genus får likvärdig service inom vård, sjukskrivning och rehabilitering. Sjukskrivning ska alltid baseras på individuella behov och fokus bör vara att bibehållen fysisk och social aktivitet är viktigt i behandling av långvarig smärta.

Referenslista

1. Gerdle B, Bäckryd E, Novo M, Roeck-Hanse E, Rothman M, Stålnacke B-M, et al. Smärtanalys: diagnos, smärtmekanismer, psykologisk och social bedömning. Stockholm, Sverige.: Studentlitteratur; 2020.
2. Statens beredning för medicinsk och Social Utvärdering (SBU). Multimodala och interdisciplinära behandlingar vid långvarig smärta. Stockholm Sweden; 2021

3. Statens beredning för medicinsk och Social Utvärdering (SBU). Behandling och rehabilitering vid fibromyalgi. Stockholm Sweden; 2021.
4. Louw A, Zimney K, Puente EJ, Diener I. The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract.* 2016;32(5):332-355.
5. Westergren H, Rivano Fischer M, Brodda Jansen G, Gerdle B. Långvarig smärta kräver teambaserad rehabilitering *Läkartidningen*2021 [cited 2021 January 29]. Available from: <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/temaartikel/2021/09/langvarig-smartakraver-teambaserad-rehabilitering/>
6. WHO. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. 2020 [cited 2022 January 29]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
7. ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription, 11th Edition American College of Sports Medicine: American College of Sports Medicine; 2020 [cited 2022 January 29]. Available from: <https://www.acsm.org/read-research/books/acsm-guidelines-for-exercise-testing-and-prescription>
8. FYSS. FY SS nya Rekommendationer om Fysisk Aktivitet och Stillasittande! 2021 [cited 2022 January 29]. Available from: www.fyss.se/yfas-nya-rekommendationer-om-fysisk-aktivitet-ochstillasittande
9. Grooten W. Fysisk aktivitet vid långvariga rygg- och nackbesvär: FYSS; 2016 [cited 2022 January 29]. Available from: <http://www.fyss.se/wpcontent/uploads/2018/01/L%C3%A5ngvariga-rygg-och-nackbesv%C3%A4r-1.pdf>
10. Emtner M, Mannerkorpi K, Kosek E. Fysisk aktivitet vid fibromyalgi. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS) Stockholm, Sverige.: Läkartidningen Förlag AB.; 2021.
11. Löfgren M, Mannerkorpi K, Bergman S, Knardahl S. Fysisk aktivitet vid långvariga utbredda smärttillstånd FYSS: FYSS; 2016 [cited 2022 January 29]. Available from: <http://www.fyss.se/wpcontent/uploads/2018/01/Sm%C3%A4rttillst%C3%A5nd-l%C3%A5ngvariga-utbredda.pdf>
12. Löfgren M, Jensen K, Varkey E, Andrell P, Kosek E. Fysisk aktivitet och smärta. I Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS). Stockholm, Sverige: Läkartidningen Förlag AB. 2021.
13. Åsenlöf P. Fysioterapeutiska behandlingsmetoder. In: Rhodin A, editor. Smärta i klinisk praxis. Stockholm, Sverige: Studentlitteratur; 2019.

14. Di Lernia D, Serino S, Riva G. Pain in the body. Altered interoception in chronic pain conditions: A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2016;71:328-41. 2022-10-20 Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Smärta – Långvarig, hos vuxna 31
15. Park YL, Hunter J, Sheldon BL, Sabourin S, DiMarzio M, Khazen O, et al. Pain and Interoceptive Awareness Outcomes of Chronic Pain Patients With Spinal Cord Stimulation. *Neuromodulation.* 2021;24(8):1357-62.
16. Linton SJ. Att förstå patienter med smärta: 3e upplagan. Stockholm, Sweden: Studentlitteratur; 2021.
17. Flink I, Boersma K, Linton S. Kognitiv beteendeterapi. In: I: Bäckryd E och Werner M r, editor. Långvarig smärta Smärtmedicin. 2. Stockholm, Sverige: Liber.
18. Veehof MM, Oskam MJ, Schreurs KMG, Bohlmeijer ET. Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain.* 2011;152(3):533-42.
19. Wideman TH, Adams H, Sullivan MJ. A prospective sequential analysis of the fear-avoidance model of pain. *Pain.* 2009;145(1-2):45-51.
20. Linton SJ. Att förstå patienter med smärta: 3e upplagan. Stockholm, Sweden: Studentlitteratur; 2021
21. Statens beredning för medicinsk och Social Utvärdering (SBU). Metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm Sweden; 2006
22. Lagueux É, Dépelteau A, Masse J. Occupational Therapy's Unique Contribution to Chronic Pain Management: A Scoping Review. *Pain Res Manag.* 2018 Nov 12;2018:5378451. doi: 10.1155/2018/5378451. PMID: 30538795; PMCID: PMC6260403.
23. Law M, Baptist S, Carswell A, McColl M.A, Polatajko H, Pollock N. Canadian Occupational Performance Measure (COPM): 2020, (K. Samuelsson & A. Bergström, övers. och bearb., 5:e upplagan). Sveriges Arbetsterapeuter. (Original: Canadian Occupational Performance Measure (COPM), 5th ed. rev: 2019.
24. Ekbladh E, Haglund L. The Worker Role Interview (WRI-S) (Vol 4). 2012: Linköpings universitet, Inst. för samhälls- och välfärdsstudier.
25. Hesselstrand M, Samuelsson K, Liedberg G. Occupational Therapy Interventions in Chronic Pain-- A Systematic Review. *Occup Ther Int.* 2015 Dec;22(4):183-94. doi: 10.1002/oti.1396. Epub 2015 Jun 15. PMID: 26076994.

26. Guy L, McKinstry C, Bruce C. Effectiveness of Pacing as a Learned Strategy for People with Chronic Pain: A Systematic Review. *Am J Occup Ther.* 2019;73(3):7303205060p1-7303205060p10. doi: 10.5014/ajot.2019.028555. PMID: 31120836.

27. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychol Bull.* 2007;133(4):581-624.

28. Fillingim RB. Individual differences in pain: understanding the mosaic that makes pain personal. *Pain* 2017;158 Suppl 1:S11-S1

29. Gerdle B, Stålnacke B-M, Larsson B. Evidensbaserad multimodal rehabilitering vid långvariga smärttillstånd. In: Bäckryd E, Werner M, editors. *Långvarig smärta Smärtmedicin 2*. Stockholm: Lieber; 2021.