



Terapigrupp Smärta

Långvarig, nociceptiv,  
icke-cancersmärta



### **Långvarig smärta**

”Kontinuerlig eller intermittent smärta  
som pågått >3 till 6 månader  
*eller*

kvarstår efter det att den normala  
läkningsprocessen avslutats.”

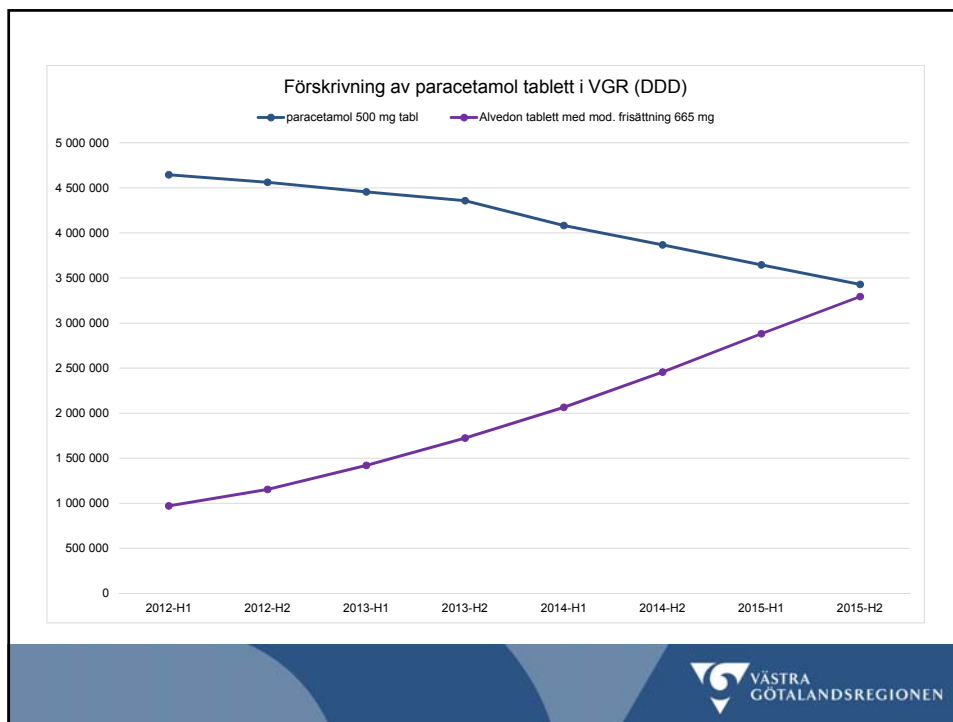
*LV 2001*



### Läkemedelsval:

- Paracetamol
- COX-hämmare
- Opioider
  
- Lägsta möjliga dos och kortast möjliga behandlingstid
- Överväg alltid icke-farmakologisk behandlingen tidigt vid långvariga smärtor

# PARACETAMOL



## Paracetamol

”Hur mycket paracetamol tål det svenska folket?”

*Läkartidningen nr 34 2008 volym 105*

- ”Förskrivning av paracetamol som smärtlindrande läkemedel under mer än 6–12 veckor har svagt vetenskapligt stöd.”
- LUPP 2016: Några långtidsstudier (>12 v.) publicerade efter 2008 har ej återfunnits
- ”Det saknas stöd för att paracetamol ger tilläggseffekt till narkotikaklassade opioider II–III vid behandling av smärta.”

**Cochrane 2014:** Codeine, alone and with  
paracetamol (acetaminophen), for cancer pain

---

*“we do not know whether, or by how much,  
adding paracetamol increases its effect.”*

---

”Vid insättning av opioid kan utsättning av  
paracetamol övervägas.”

*REKlistan 2016*

### **”Is long-term paracetamol use not as safe as we thought?”**

“A new review of previous observational studies  
found that long-term use of paracetamol was  
linked with a small increased risk of adverse  
events such as *heart attacks, gastro-intestinal  
bleeds and impaired kidney function.*”

Ann Rheum Dis. Mars 2015  
(National Health Service (NHS) mars 2015)



Giftinformationscentralen  
Swedish Poisons Information Centre

## Paracetamol

Frågor rörande förgiftningstillbud av olika  
allvarlighetsgrad (inte antalet faktiska fall)

2004 - **2019** st

2014 - **4011** st

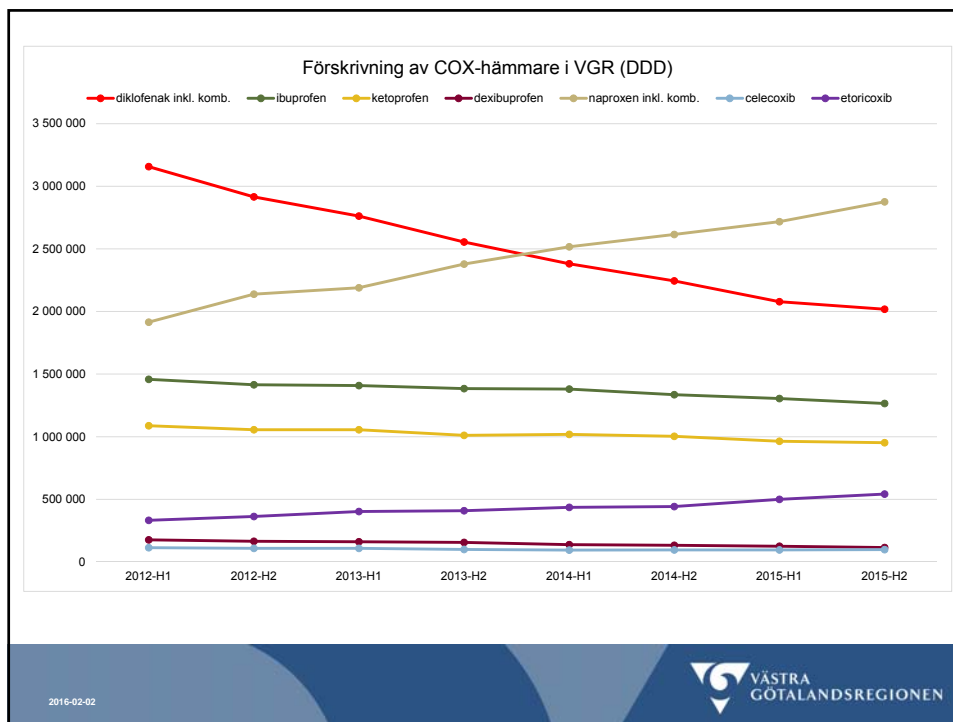


VÄSTRA  
GÖTALANDSREGIONEN

## COX-hämmare



VÄSTRA  
GÖTALANDSREGIONEN



## REKlistan 2016

- **Naproxen** är förstahandsval
- **Ibuprofen** är från 2016 ett alternativt förstahandsval i doser  $\leq 1200$  mg/dygn **NYTT!**
- Ibuprofen i max-dos (2400 mg/dygn), diklofenak och selektiva COX-2-hämmare är olämpliga till patienter med etablerad, eller riskfaktorer för, hjärtkärlsjukdom
- COX-hämmare bör ej ges till äldre.
- Lägsta möjliga dos och kortast möjliga behandlingstid (LV/EMA)

# OPIOIDER

- Akut smärta ska behandlas effektivt för att minimera risken för långvariga smärtor
- Men långvarig opioidanvändning börjar ofta med behandling av akut smärta
- Så använd opioider *bara* när det verkligen är indicerat!
- Och förskriv inte större mängd opioider än vad som behövs för den förväntade varaktigheten av smärtan.



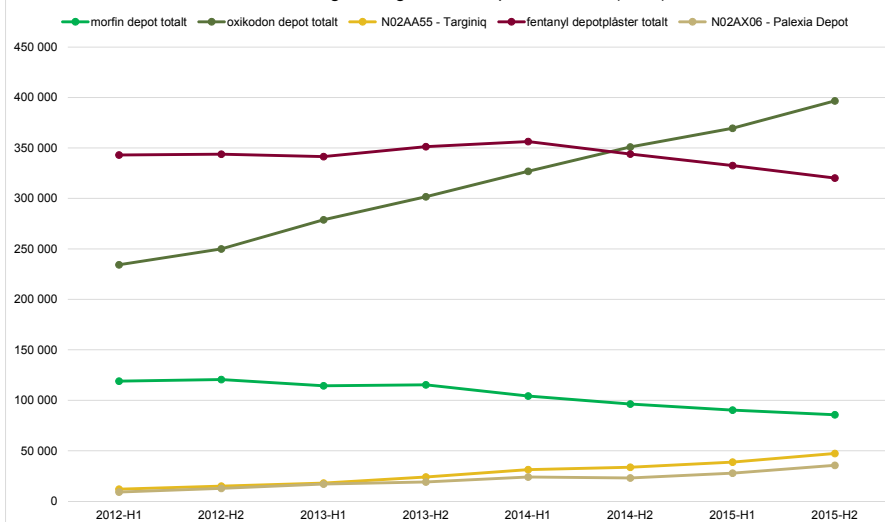
## Överväg alltid icke-farmakologisk behandling i ett tidigt skede vid långvariga smärtor

- Terapiråd är på gång!
- Exempel på icke-farmakologisk behandling:
  - TENS
  - Fysisk aktivitet
  - Akupunktur
  - Samtalsterapi

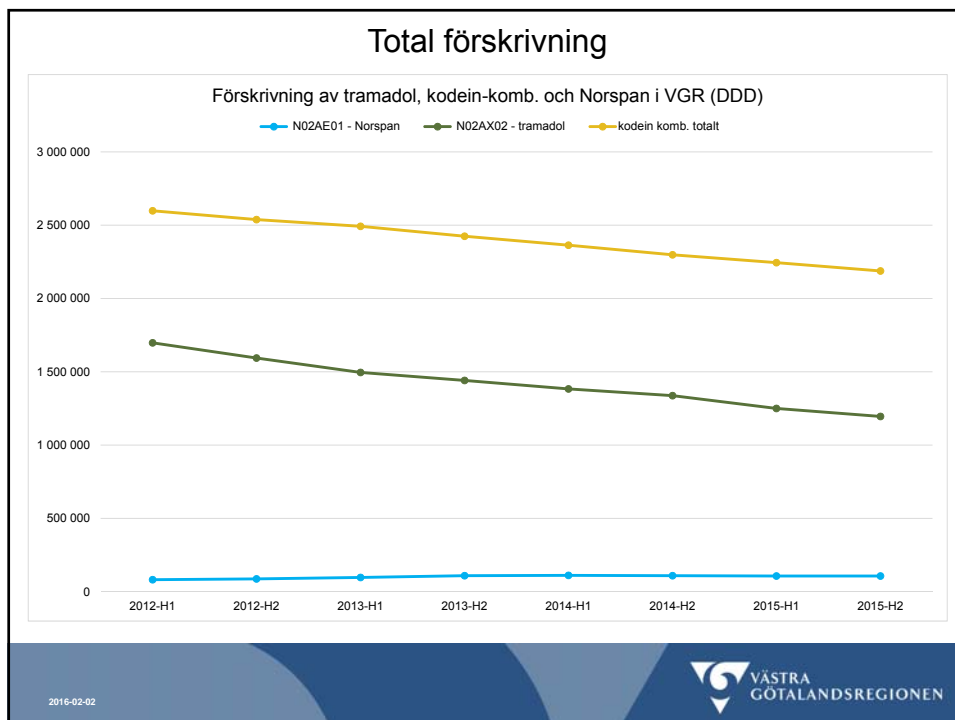
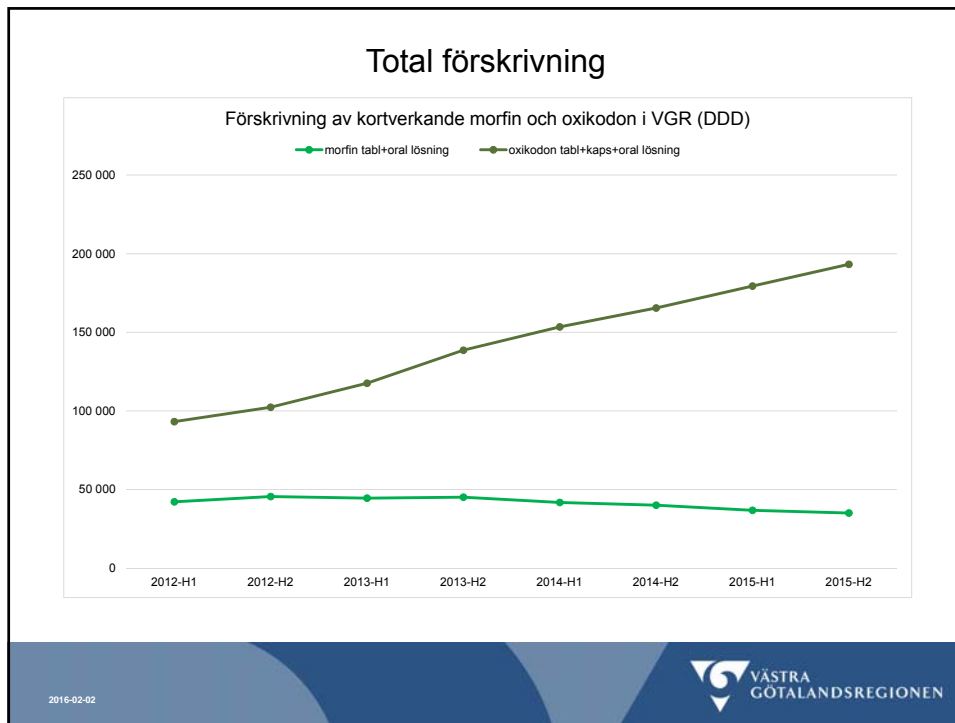


### Total förskrivning

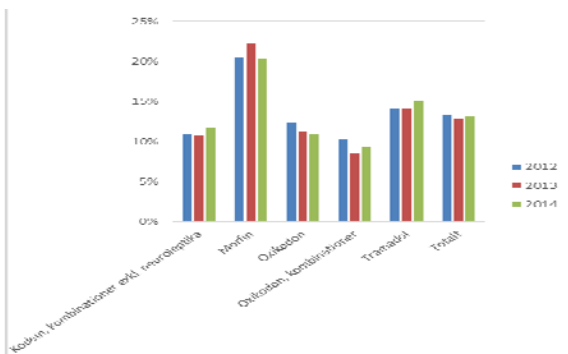
Förskrivning av långverkande opioider i VGR (DDD)







Andel av nyinsatta på opioider (icke-cancer smärta)  
som hämtar ut opioid 4-6 månader efter första  
receptuttag.



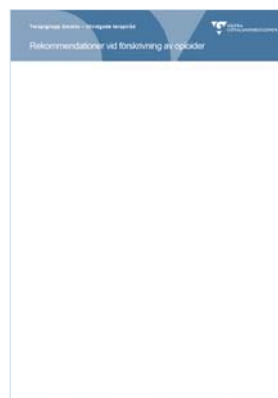
Nyinsättningar/år:  
Kodein ≈ 20.000  
Morfin ≈ 1.200  
Oxikodon ≈ 7-15.000  
Tramadol ≈ 18-12.000  
Totalt ≈ 50.000

Totalt innefattar även de  
opioider som inte  
redovisas enskilt i  
diagrammet, ex.v fentanyl

2016-02-02

## Utvidgade terapiråd vid förskrivning av opioider för långvarig icke-cancer smärta

Arbetet påbörjat....



Rekommendationer för terapigruppen att ta ställning till:

**Vid opioidbehandling ska 3 mål uppnås:**

1. Smärtlindring
2. Förbättrad funktionalitet
3. QoL

- Inga studier >1år
- Flertalet placebokontrollerade studier är ≤6 veckor  
(CDC 2016)

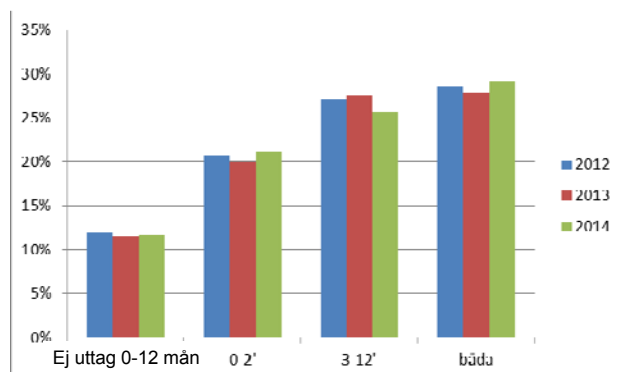
2016-02-02

Rekommendationer för terapigruppen att ta ställning till:

**Innan förskrivning:**

- Gör smärtanalys - smärtan ska vara opioidkänslig
- Finns inflammatoriska och/eller neuropatiska inslag?
- Gör en nytta/risk-värdering
- Beakta riskfaktorer för beroende:
  - samtidig psykisk sjukdom
  - tidigare missbruk
  - oklar smärta
  - patienter med utsatt psykosocial situation
  - ung ålder
  - dålig följsamhet

Andel av nyinsatta på opioider för icke-cancer smärta som hämtat ut ytterligare doser 4-6 månader efter första uttag. Uppdelat på tidigare uttag av **bensodiazepiner** – 0-2 månader innan, 3-12 månader innan och uttag *både* 0-2 månader innan och 3-12 månader.  
(≈ samma bild för antidepressiva, antipsykotika och z-prep.)



2016-02-02

VÄSTRA  
GÖTALANDSREGIONEN

- Samtidig förskrivning av bensodiazepiner och opioider kan innebära en 4-dubblad risk för död i överdosering, jämfört med de som bara får opioid
- I tre studier av dödsfall pga överdosering fanns samtidig användning av bensodiazepiner hos 31-61% av de avlidna.  
(CDC 2016)

VÄSTRA  
GÖTALANDSREGIONEN

Rekommendationer för terapigruppen att ta ställning till:

**Innan förskrivning av opioid:**

- Kom överens med patienten om:
  - realistiska behandlingsmål (smärta, funktion & QoL)
  - en behandlingsplan (maxdos och maximal behandlingstid)
  - hur uppföljning ska ske
  - hur behandlingen ska avbrytas om behandlingsmålen inte uppnås – ha en ”nödutgång” planerad
- Skriftligt kontrakt kan övervägas/utnyttjas för extra tydlighet angående vad som gäller kring förskrivningen

2016-02-02

Rekommendationer för terapigruppen att ta ställning till:

**Vid förskrivning av opioid:**

- Lägsta möjliga dos skall eftersträvas
- Förskrivande läkare tar ansvar för att det blir en uppföljning av effekt och biverkningar och har behandlingsansvar tills en kollega har tagit över förskrivningen
- Recept på opioider ska, så långt det är möjligt, skrivas ut från en och samma enhet/läkare.

*Höga doser och flera förskrivare har i studier setts som viktiga riskfaktorer för fatala överdoser (CDC 2016)*

2016-02-02

Rekommendationer för terapigruppen att ta ställning till:

**Efter insatt behandling:**

- Insatt behandling bör utvärderas med patienter inom 1 till 4 veckor efter start, eller vid dosökning
- Utvärdering bör sedan göras var 3:e månad eller oftare
- Om fördelarna inte uppväger nackdelarna bör nedtrappning och utsättning göras
- Det är osannolikt att patienter som inte upplever smärtlindring med opioider efter 1 månad kommer att göra det efter 6 månaders behandling

(CDC 2016)

2016-02-02

CDC (Centers for Disease Control and Prevention)  
är USA:s nationella folkhälsomyndighet

*CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain —  
United States, 2016 (förslag till rekommendationer)*

**I USA:**

- förskrevs 2012  $\approx$  1 förpackning opioider/vuxen amerikan
- har försäljningen av receptbelagda opioider ökat med 300% sedan 1999, men någon övergripande förändring av smärtproblem hos amerikaner har inte rapporterats
- 2013 dog 4 gånger så många som under 1999 av överdosering av opioider.

[www.massmed.org/Advocacy/Key-Issues/Opioid-Abuse/CDC-Draft-Opioid-Prescribing-Guidelines-for-Chronic-Pain---Dec-2015-\(pdf\)](http://www.massmed.org/Advocacy/Key-Issues/Opioid-Abuse/CDC-Draft-Opioid-Prescribing-Guidelines-for-Chronic-Pain---Dec-2015-(pdf))

2016-02-02

Rekommendationer för terapigruppen att ta ställning till:

### Val av lämpliga opioider

- CDC delar inte upp opioider i svaga och starka
- Man anger inga förstahandsval

2016-02-02

### Kodein = en osäkrare form av morfin....

- CYP2D6 saknas hos ca 7% i den kaukasiska befolkningen (*poor metabolizers*)
- Finns ett 30-tal läkemedel som hämmar CYP2D6-aktiviteten (varav många antidepressiva)  
→ dålig eller ingen effekt av kodein (och tramadol)
- Stor variation i olika etniska folkgrupper när det gäller förekomst av *ultrasnabba* metaboliserare  
→ vissa patienter får höga nivåer av morfin (och tramadol)

”Kodein 30 mg omvandlas till drygt 3 mg morfin hos flertalet vuxna men kan variera mellan 0 och 30 mg morfin”  
(Kloka listan 2015)

2016-02-02

Rekommendationer för terapigruppen att ta ställning till:

- Ska vi fortsätta att rekommendera långverkande opioider?
  - *"When starting opioid therapy for chronic pain, providers should prescribe immediate-release opioids instead of extended-release/long-acting (ER/LA) opioids"* (CDC 2016)
  - *"The clinical evidence review did not find evidence that continuous, time-scheduled use of ER/LA opioids is more effective or safer than intermittent use of immediate-release opioids or that time-scheduled use of ER/LA opioids reduces risks for opioid misuse or addiction"* (CDC 2016)
- Vilka max-doser ska rekommenderas i PV?
- Nedtrappningsschema – (FAS UT 3: 10%/vecka)

2016-02-02

VÄSTRA  
GÖTALANDSREGIONEN

*The End*

