

Behandling av långvarig smärta

SAMMANFATTAT Av de cirka 20 procent av befolkningen som upplever svår eller måttlig smärta har cirka 15 procent smärtor i ansikte och käkar. De samhällsekonomiska kostnaderna för långvarig smärta i Sverige beräknades år 2003 till 87,5 miljarder. Den här översikten från SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering, visar att det både behövs mer kunskap om hur man på bästa sätt behandlar patienter med långvarig smärta och samhällsekonomiska studier inom området.

SBU har genomfört en systematisk översikt som sammanfattar det vetenskapliga underlaget för behandling av långvariga smärttillstånd (utom smärta vid cancer). Smärtlindrande effekter, biverkningar och andra negativa konsekvenser av behandling berörs men också hälsoekonomiska aspekter.

Smärta är en upplevelse som är förenad med emotionella och psykologiska reaktioner och som inte kan mätas objektivt. I rapporten räknas smärta som långvarig om den pågått minst tre månader. Smärta som pågått så länge innebär ofta ökad förekomst av andra symtom liksom inkränkningar och problem i det dagliga livet.

Förekomsten av svår eller måttligt svår långvarig smärta i befolkningen är cirka 20 procent och en betydande del av de drabbade har svårigheter att leva med sin smärta. Cirka 15 procent av de drabbade har smärtor i ansikte och käkar. Många är sjukskrivna och får eller söker vård.

De samhällsekonomiska kostnaderna för långvarig smärta i Sverige beräknades år 2003 till cirka 87,5 miljarder kronor. Av dessa var 7,5 miljarder direkta, vårdrelaterade kostnader och 80 miljarder indirekta kostnader, som visar produktionsbortfall till följd av sjukdomsrelaterad arbetsfrånvaro.

Psykologiska faktorer påverkar upplevelser och beteenden vid långvarig smärta. Det finns en hög grad av samsjuklighet mellan långvarig smärta och olika typer av psykiska besvär. Depression och långvarig smärta förekommer ofta samtidigt och mycket tyder på att depressionen följer av smärtan snarare än tvärtom.

Långvarig smärta ska inte betraktas som en-

bart ett biomedicinskt fenomen men heller inte enbart som resultatet av psykologiska svårigheter eller tillstånd. Den så kallade *biopsykosociala modellen* försöker integrera den komplexa helheten och se på långvarig smärta på ett multifaktoriskt sätt.

SYFTE

Utgångspunkten för litteraturgenomgången har varit följande frågor:

- Vilka metoder är effektiva för att behandla patienter med långvariga smärttillstånd?
- Hur är det att leva med långvarig smärta och hur påverkas det dagliga livet?
- Vilka hälsoekonomiska aspekter kan läggas på behandling av patienter med långvariga smärttillstånd?

METOD

Det vetenskapliga underlaget för att besvara frågeställningarna har identifierats genom sökning i databaser. Sökningen har avgränsats med hjälp av i förväg bestämda inklusionskriterier.

Projektet omfattar inte kirurgiska åtgärder (förutom vissa neurokirurgiska ingrepp), metoder som befinner sig på experimentstadiet och metoder som riktar sig mot en förmodad orsak till smärttillståndet, till exempel antiinflammatorisk behandling mot inflammatoriska sjukdomar.

Relevant litteratur har undersökts i databaserna Medline, Cochrane Library, Cinahl och PsycInfo. De studier som uppfyllde inklusionskriterierna granskades med avseende på bevisvärde, det vill säga hur väl studien besvarade frå-

Dag Lundberg
Professor emeritus.
Anestesikliniken, Universitetssjukhuset, Lund
E-post: dag.lundberg@med.lu.se
Susanna Axelsson
Odont dr, Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, Stockholm
E-post: axelsson@sbu.se

geställningen, hur väl den var genomförd och hur tillförlitliga resultaten bedömdes vara. Bevisvärdet för varje studie graderades som högt, medelhögt eller lågt. Endast studier med högt eller medelhögt bevisvärde har legat till grund för slutsatser.

När det gäller kvalitativa studier bedömdes varje artikel utifrån i förväg uppsatta kriterier i enlighet med protokollet. Endast *fenomenologiska studier* (studier som lägger särskild vikt vid typiska symtom- och förloppsbilder och deras inbördes förhållande) samt studier som använt "grounded theory" som metod och som bedömdes ha hög eller medelhög vetenskaplig kvalitet togs med.

SYNTES OCH STYRKEGRADERING AV SLUTSATSER

Det vetenskapliga underlaget för varje sammanfattande slutsats baserad på kvantitativa studier

graderades som starkt (evidensstyrka 1), måttligt starkt (evidensstyrka 2), begränsat (evidensstyrka 3), otillräckligt eller motsägande (tabell 1). Är det vetenskapliga underlaget för en metods effekt och kostnad otillräckligt för att dra slutsatser innebär det inte nödvändigtvis att metoden saknar effekt eller inte är kostnadseffektiv.

Mot bakgrund av att de flesta studier med kvalitativ metod bygger på berättelser från relativt få intervjupersoner har kravet på antalet sådana studier för de olika evidensgraderna ökat. Minst tio studier med högt bevisvärde krävs för evidensstyrka 1.

RESULTAT

Erfarenheter av att leva med långvarig smärta

Forskning om behandling av långvarig smärta visar entydigt att det finns ett starkt negativt samband mellan smärta och livskvalitet, det vill säga

TABELL 1. Översiktlig sammanställning över effektiv behandling av olika smärttillstånd.

Tillstånd	Behandling som är effektiv mot smärta	Evidensstyrka
Angina pectoris (refraktär)	Ryggmärgsstimulering (scs)	1
Artros	NSAID/Coxiber	1
	Paracetamol	1
	Topikalt capsaicin har smärtlindrande effekt på småleder	1
	Starka och svaga opioider	1
	Avokado/sojabönsextrakt	3
Central smärta	Tricykliska antidepressiva	2
	Cannabinoider	1
Fibromyalgi	Multimodal rehabilitering	2
	Tricykliska antidepressiva	2
	Träning kompletterad med biofeedback eller undervisning	3
Knäledssmärta	Excentrisk träning	1
Långvarig ländryggssmärta	NSAID	2
	Specifik träning	1
	Träning inklusive kognitiva komponenter	1
	Multimodal rehabilitering inklusive psykologisk behandling	1
	Tricykliska antidepressiva	3
	Svaga opioider	1
	Ryggmärgsstimulering (scs)	2
	Beteendeterapi	2
	Akupunktur	1
	Långvarig nacksmärta	Handledd träning
Träning inklusive kognitiva komponenter		3
Muskuloskeletal smärta	Starka opioider	2
	Balneoterapi	3
Neuropatisk smärta	Antiepileptiska läkemedel	1
	Tramadol	3
	Topikalt capsaicin	1
	Tricykliska antidepressiva	2
	Starka opioider	1
Perifer kärlischemi	Ryggmärgsstimulering (scs)	3
	Ryggmärgsstimulering (scs)	1
Spänningshuvudvärk	NSAID är mer effektivt än placebo och paracetamol	3
	Paracetamol	3
	Amitriptylin	1
Temporomandibulär dysfunktion	Akupunktur	3
	Bettskena	3
	Beteendepåverkande metoder (biofeedback, KBT)	3
Tennisarmbåge	Akupunktur	1
Trigeminusneuralgi	Karbamazepin	2
Whiplash-relaterad smärta	Akupunktur	3
	Radiofrekvensbehandling	3

Artikeln är en förkortad, något omarbetad version av SBU:s sammanfattning och slutsatser om behandling av långvarig smärta. SBU. Metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2006. SBU-rapport nr 177/1+2. ISBN 91-85413-08-9, 91-85413-09-7.

»**Farmakologisk behandling specifikt för långvariga smärtor i ansikte och käkar visar motstående resultat.**«

att minskad smärta medför ökad livskvalitet. För personer med långvarig smärta koncentreras uppmärksamheten på besvären och mot vad som upplevs som okänt och onormalt med kroppen. Smärtan dominerar och är i många fall ett hinder för de dagliga aktiviteterna. Trötthet och sömnstörningar är vanliga. Att leva med långvarig smärta innebär behov av nyorientering i tillvaron och av att kunna få tala om sin smärtupplevelse. Man är också mån om att upprätthålla sin mänskliga värdighet.

Behandling – långvarig smärta i ansikte och käkar

Långvariga smärttillstånd i käksystemet är vanligt förekommande och kan utgå från alla delar. Det finns en osäkerhet om ursprunget till det som kallas för käkfunktionsstörningar (temporomandibulär dysfunktion, TMD). Såväl funktionella störningar och stress som andra emotionella stimuli har ansetts ge ökad tonus i ansiktets muskulatur, nedsatt cirkulation i vävnaden eller inflammation och därmed smärta. Det är dock oklart om det samtidigt finns någon vävnadsskada. Behandlingen inriktas på att normalisera käkfunktionen genom att till exempel minska störningar och avvikelser i bettet eller genom att direkt försöka minska smärtan med olika metoder.

Behandling med bettskena, beteendepåverkande behandling och biofeedback har större effekt på långvariga smärtor i ansikte och käkar än ingen behandling alls.

Farmakologisk behandling specifikt för långvariga smärtor i ansikte och käkar visar motsäggande resultat. Biverkningar av läkemedlen är vanliga, i synnerhet illamående, trötthet och vid behandling med antidepressiva läkemedel är en biverkning sömnlöshet.

Breda och samordnade rehabiliteringsprogram

Ett generellt mål för breda och samordnade rehabiliteringsprogram, så kallad *multimodal rehabilitering* (oftast en kombination av psykologiska insatser och fysisk aktivitet/träning eller sjukgymnastik) är att lindra smärtupplevelsen samt att öka individens allmänna funktionsförmåga och arbetsförmåga. Jämfört med passiv kontroll och/eller enskilda, mindre omfattande insatser leder multimodal rehabilitering långsiktigt till att smärtan minskar, att fler människor återgår till arbete och att sjukskrivningstiderna blir kortare.

Vid fibromyalgi ger multimodal rehabilitering bättre långtidseffekt på funktionsförmågan än passiv kontroll eller enskilda, mindre omfattande insatser. Multimodal rehabilitering som kombinerar psykologiska insatser, till exempel kognitiv beteendeterapi, med åtgärder som syftar till ökad fysisk funktionsförmåga ger långsiktigt bättre resultat vid generell långvarig smärta än mindre omfattande insatser. Effekten kan mätas som

återgång till arbete eller minskad sjukskrivning.

Multimodal rehabilitering är mer kostnadseffektiv än konventionell behandling vid ländryggssmärta.

Psykologiska behandlingsmetoder

Kognitiv beteendeterapi (KBT) fokuserar på att aktivt påverka individens beteende genom att dysfunktionella och icke ändamålsenliga tanke-mönster förändras. Målsättningen är att öka individens förmåga att hantera de svårigheter som är relaterade till sjukdomen och ge en ökad känsla av kontroll i tillvaron.

Kognitiv beteendeterapi vid långvarig smärta ger bättre social och fysisk funktion samt bättre förmåga att bemästra smärtan jämfört med andra beteendeterapier som undersökts; läkemedel, fysioterapi respektive ingen behandling alls.

Läkemedelsbehandling

Endast ett fåtal preparatgrupper har utvecklats i syfte att specifikt behandla långvarig smärta. Många av de läkemedel som i dag används för behandling av långvarig smärta är registrerade för andra indikationer. En annan faktor som kan ha betydelse för bedömningen av läkemedel som används vid långvariga smärttillstånd är att den rent farmakologiska behandlingseffekten ofta kan påvisas efter kort tids användning. Läkemedelsstudier är därför relativt kortvariga och hinner inte visa om läkemedlet har sena biverkningar eller leder till ett beroende.

PARACETAMOL: Paracetamol är ett vanligt läkemedel vid långvariga smärttillstånd, exempelvis för patienter med artros. Paracetamol lindrar något vid behandling av artrossmärta. Preparatet är dock mindre effektivt än antiinflammatoriska preparat, NSAID.

Paracetamol är också verksamt vid spänningshuvudvärk. Om preparatet tas i rätt dos är de rapporterade biverkningarna inte bevisat större än av placebo. Vid överdosering finns det dock en risk för levertoxicitet.

ANTIINFLAMMATORISKA PREPARAT: Hela preparatgruppen NSAID/coxiber kan vid långtidsbruk öka risken för hjärt-kärlsjukdom. Det vetenskapliga underlaget är dock otillräckligt för att man ska kunna dra slutsatser om det finns skillnader mellan olika läkemedel. Biverkningar i mag-tarmkanalen förekommer ofta för NSAID. De allvarligaste är dolda och öppna blödningar. Risken för biverkningar ökar påtagligt i det övre dosintervallet.

Vid artrossmärta och ryggsmärta är NSAID mer effektivt än placebo. Även vid spänningshuvudvärk finns ett begränsat vetenskapligt underlag för att NSAID är mer verksamt än placebo och paracetamol. De olika NSAID och coxiberna ger lik-

värdig effekt vid artrossmärta och smärta vid reumatoid artrit. Om effekt inte blir tillräcklig vid rekommenderad dos kan den förstärkas med en svag opioid/tramadol. Lokal applicering av NSAID på huden ger bättre smärtlindring än placebo vid långvarig muskuloskeletal smärta.

ANTIDEPRESSIVA LÄKEMEDEL: Det är sedan länge känt att antidepressiva läkemedelpåverkar signalsystem i det centrala nervsystemet som också har betydelse för modulering av smärta. Kunskapen har lett till att olika typer av antidepressiva läkemedel prövats vid olika långvariga smärttillstånd.

Tricykliska läkemedel kan lindra långvarig spänningshuvudvärk, perifer och central neuropatisk smärta, smärta vid fibromyalgi och ländryggssmärta.

Det vetenskapliga underlaget räcker dock inte för slutsatser om effektiviteten hos de selektiva återupptagshämmarna av serotonin och noradrenalin vid behandling av långvariga smärttillstånd. De tricykliska preparaten leder ofta till biverkningar som muntorrhet och yrsel.

OPIOIDER: Oron för beroende har varit en begränsande faktor för förskrivning av opioider till patienter med långvarig, icke cancerrelaterad smärta. Under den begränsade tidsperiod man följt patienterna i studierna har man inte funnit någon förhöjd risk för beroendeutveckling. Det är svårt att veta hur stor risken är vid förskrivning i klinisk praxis eftersom patienter med tidigare känt missbruk och misstänkt beroendeproblematik inte tagits med i studierna.

Svår smärta vid artros, diabetes (*diabetesneuropati*) och bältros (*postherpetisk neuralgi*) kan behandlas effektivt med starka opioider (*morfin, oxykodon, fentanyl*). Även för patienter med långvarig smärta från rörelseapparaten (muskuloskeletal smärta) minskar behandlingen smärtan. Långverkande (slow-release) och kortverkande beredningar har likvärdig effekt.

Svaga opioider (*kodein* och *dextropropoxifen*) är effektiva för att behandla lätt till måttlig ländryggssmärta och smärta vid artros. Det finns dock ett starkt vetenskapligt underlag för att följsamheten till behandling är låg. Många patienter avbryter behandlingen på grund av biverkningar. Illamående, kräkningar, yrsel och trötthet är biverkningar som i de flesta fall går över inom en månad. Förstoppning kvarstår dock alltid under hela terapin. I kombination med alkohol kan dextropropoxifen ge svåra biverkningar, till och med dödsfall, redan i terapeutiska doser.

EPILEPSILÄKEMEDEL: Epilepsiläkemedel används sedan länge mot smärtor som misstänks komma från det perifera nervsystemet. SBUS granskning bekräftar att det finns ett starkt vetenskapligt underlag för att dessa läkemedel har positiv ef-

fekt. *Gabapentin* har visat sig ha effekt vid postherpetisk neuralgi och på smärtor som uppstår vid nervsjukdomar i flera nerver samtidigt, *polyneuropatismärtor* medan *karbamazepin* visat sig ha effekt vid *trigeminusneuralgi* (ansiktsneuralgi). Det saknas tillräckligt vetenskapligt underlag för att bedöma effekten av epilepsiläkemedel på nociceptiv smärta.

TRAMADOL: Tramadol i kombination med paracetamol är mer effektivt än placebo vid behandling av nociceptiv smärta. Tramadol är mer effektivt än placebo vid neuropatisk smärta. Biverkningar förekommer hos mer än hälften av patienterna i studierna; vanligast är illamående, trötthet, yrsel, förstoppning, svettningar, muntorrhet, klåda, huvudvärk och kräkningar. Det finns många farmakokinetiska och farmakodynamiska interaktioner som man måste ta hänsyn till vid förskrivning av tramadol. Det finns också risk för allergiska och andra allvarliga överkänslighetsreaktioner samt för tillvänjning.

CAPSAICIN: Capsaicin frisätter smärtsignalsubstanser från nervfibrer i huden som minskar fibernas möjlighet till fortsatt smärtsignalering. Dessutom ökar genomblödningen i vävnaden. Eftersom behandlingen är lokal uppkommer inte några generella biverkningar och läkemedelsinteraktioner. Lokal behandling med capsaicin ger smärtlindring vid neuropatisk smärta och vid smärta i småleder vid artros. Det vetenskapliga underlaget är inte tillräckligt för att dra slutsatser om effekten vid andra långvariga smärttillstånd.

ÖVRIGA SMÄRTLINDRANDE MEDEL: Försök till behandling har också gjorts med andra typer av läkemedel. Viss positiv effekt har till exempel visats vid behandling med *cannabinoider* vid central neuropatisk smärta och kondroitinsulfat har visats ha viss positiv effekt vid artrossmärta. Däremot har ingen effekt visats vid behandling med steroidinjektioner i ryggmärgen vid långvarig ryggsmärta eller vid behandling med engångsinjektioner av *botulinumtoxin* vid muskuloskeletal smärta och spänningshuvudvärk.

Instrumentmetoder

Under senare delen av 1900-talet infördes ett antal metoder för behandling av långvariga smärtor som bygger på medicinsk-tekniska landvinningar. Effekterna av ryggmärgsstimulering (Spinal Cord Stimulation), radiofrekvensbehandling, deep brain-stimulering, motor cortex-stimulering och så kallade lesionella neurokirurgiska metoder har granskats i rapporten.

RYGGMÄRGSSTIMULERING: Behandling med ryggmärgsstimulering har visat positiva långtidseff-

»Förhållandet mellan risk och nytta måste prövas noggrant varje gång man vidtar en potentiellt riskfylld åtgärd.«

fekter på smärta och för livskvaliteten hos patienter med svår symtomgivande kärlkramp. Behandlingen kan också minska smärtsymtomen hos patienter med nedsatt blodcirkulation i benen. Det har också visats att ryggmärgsstimulering minskar smärtan hos patienter med perifer neuropatisk smärta och vid ländryggssmärter.

RADIOFREKVENSBEHANDLING har en kortvarig smärtlindrande effekt men medför risker för allvarliga komplikationer som artär- och venpunktion, skador på nerver, postoperativ smärta, blödningar och infektioner.

NEUROKIRURGISKA METODER innebär att man åstadkommer en strukturell skada på specifika nervcellsansamlingar, nervbanor eller nerver inom nervsystemet. Även den här metoden är förenad med risker för svåra biverkningar och har inte heller visat tillfredsställande långtidsresultat.

DEEP BRAIN-STIMULERING OCH MOTOR CORTEX-STIMULERING innebär elektrisk stimulering via elektroder som placeras inne i hjärnan respektive på hjärnans yta. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för säkra slutsatser om effekten.

Transkutan elektrisk nervstimulering (TENS)

TENS är en icke-invasiv metod som liksom ryggmärgsstimulering bygger på "gate-control"-teorin. Stimuleringen sker via elektroder på huden med hög- eller lågfrekvent ström.

Systematiska översikter och randomiserade, kontrollerade primärstudier visar att TENS är effektivare än placebo vid knäledssmärta. För andra smärttillstånd är det vetenskapliga underlaget för effekt motsäggande.

Fysisk aktivitet/träning, avspänning med mera

TRÄNING: Träning kan till exempel ske genom promenader, på träningscykel, i bassäng eller med hjälp av olika träningsapparater antingen som hemprogram eller under ledning av en terapeut. Hos patienter med nack- och ryggsmärta som får professionellt ledd träning minskar smärtan mer än hos patienter som bara får allmänna råd om träning. För patienter med ländryggssmärta ger träning bättre effekt på smärtan än fysiskt passiva behandlingar eller en blandning av passiva och aktiva behandlingar. Träning i kombination med någon form av beteendeterapi ger ytterligare förbättring för patienter med ländryggssmärta. Jämfört med enbart konventionell vård är fysisk aktivitet en kostnadseffektiv behandlingsstrategi vid långvarig ländryggssmärta. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att dra slutsatser om träningens effekter på smärta vid fibromyalgi.

AVSPÄNNING OCH BIOFEEDBACK: Avspänning kan ske under ledning av en terapeut eller som hemträning efter instruktioner. Biofeedback innebär att patienter görs medvetna om spänningstillståndet i muskulaturen. Teorin bakom avslappning med eller utan biofeedback är att en minskad muskelspänning leder till mindre smärta.

Det vetenskapliga underlaget är motsäggande beträffande effekten av avspänning jämfört med annan behandling. När det gäller behandling med biofeedback är det vetenskapliga underlaget otillräckligt.

MASSAGE: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att kunna dra slutsatser om den smärtlindrande effekten av massage.

MANIPULATION/MOBILISERING: Ortopedisk manuell terapi (OMT) kan bestå av smärtlindrande, rörelseökande och stabiliserande åtgärder som mjukdelsbehandling, muskeltöjning, mobilisering, manipulation och stabiliseringsträning. Det vetenskapliga underlaget för effekten av manipulation och mobilisering jämfört med andra behandlingsformer är motsäggande.

AKUPUNKTUR: Akupunktur är stimulering som kan vara mekanisk, termisk eller elektrisk. Stimuleringen sker med nålar genom huden eller slemhinnan. Nålar placeras intramuskulärt i så kallade akupunkturpunkter.

Akupunktur har bättre smärtlindrande effekt än ingen behandling alls vid långvarig ländryggssmärta och vid smärta från nacke och skuldror.

Vid tennisarmbåge ger akupunktur bättre smärtlindring än laserbehandling eller placebo. Akupunktur har även visats vara effektivare än placeboakupunktur för behandling av ländryggssmärta samt effektivare än ingen behandling alls för ansiktssmärta och smärta efter en whiplashskada.

Biverkningar av aktiv akupunkturbehandling är lätta och övergående i form av trötthet, illamående och förstärkt smärta.

Övriga metoder

Många personer som lider av åkommor som den moderna sjukvården inte kan bota på ett enkelt sätt provar andra behandlingar och livsstilsåtgärder som ett komplement till konventionell behandling; så kallade alternativa eller komplementära metoder.

För patienter med långvariga muskel- och ledsmärter ger ler- eller mineralbad (*balneoterapi*) vid spa-anläggning en både omedelbar som kvarstående lindring som är större än hos de patienter som vistas på anläggningen utan att få någon specifik badterapi.

Ingefärsextrakt, avokado- och sojabönsextrakt, nyponpulver och extrakt av harpagoört har

bättre effekt på smärta hos patienter med artros jämfört med placebo.

Behandling av långvarig smärta hos barn

Undersökningar av långvariga smärttillstånd hos barn visar att ungefär var fjärde skolelev rapporterar långvariga eller återkommande smärttillstånd som vanligen är lokaliserat till huvud, armar, ben eller magen, till exempel magsmärter utan organisk orsak. Psykologiska behandlingsmetoder, avspänning och biofeedback ger god smärtlindring vid spänningshuvudvärk hos barn.

ETISKA ASPEKTER

Förhållandet mellan risk och nytta måste prövas noggrant varje gång man vidtar en potentiellt riskfylld åtgärd. Den etiska nyttoprincipen bör beaktas när man överväger att använda metoder som är behäftade med biverkningar och som samtidigt har ett motstridigt eller otillräckligt vetenskapligt underlag för positiv effekt, till exempel flera av de högteknologiska invasiva metoder som beskrivs i rapporten.

Patienter med långvarig smärta samt psykologiska och sociala komplikationer är en utsatt grupp som av olika skäl riskerar att diskrimineras och nedprioriteras. Rädslan för att patienten ska utveckla ett missbruk kan göra att läkare är restriktiva i förskrivning av morfinpreparat även vid svår långvarig smärta. Patienterna kan därmed gå miste om smärtlindring som de behöver.

Studier av olika behandlingsmetoder vid långvarig smärta utesluter ofta patienter med nedsatt förmåga att fatta beslut eller som har svårigheter att kommunicera. Det minskar möjligheten att generalisera studieresultaten.

Psykologiska och sociala problem utvecklas ofta när smärtan blir långvarig och verkar svårbehandlad. Problematiken kan rymma en försämrad relation mellan patient och vårdgivare som kan ta sig flera uttryck, till exempel att patienten undanhåller information om att han eller hon använder alternativa behandlingsmetoder eller att vårdgivaren visar otillräckligt engagemang.

Patientens respektive vårdgivarens autonomi kan komma i konflikt och försämrade förutsättningarna för ett fortsatt gott omhändertagande och bästa möjliga behandling.

FRAMTIDA FORSKNING

Under arbetet med rapporten har många områden identifierats där dagens kunskap är otillräcklig. Några exempel är:

- Det saknas effektiva och säkra läkemedel för behandling av långvariga smärttillstånd.
- För samtliga metoder för behandling av långvariga smärttillstånd som studerats saknas djupare kunskap om effekter på lång sikt.
- Tillgången på studier om metodernas inverkan

på livskvalitet och deras kostnadseffektivitet är mycket begränsad.

■ Det behövs fler studier, både med kvalitativa och kvantitativa metoder, som belyser behandling av långvarig smärta ur psykologiskt och socialt perspektiv. Det saknas forskning om den eventuella betydelsen av att utforma rehabiliteringsinsatser på särskilda sätt för olika grupper. Även betydelsen av var vården ges, till exempel organisationen av vården, bör undersökas såväl med utgångspunkt från patienternas upplevelser och behandlingsresultat som från en hälsoekonomisk synvinkel.

ENGLISH SUMMARY

Chronic pain treatment

Dag Lundberg, Susanna Axelsson

Tandläkartidningen 2006; 98 (12): 84-9

The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU) has published a systematic review of the scientific literature on chronic pain treatment. Pain associated with cancer was excluded.

The report concludes that there is effective treatment available, although in general, the effect is often moderate and symptoms reappear when the treatment period is discontinued.

Scientific evidence supports treatment with stabilisation splints, acupuncture and behavioural treatments for temporomandibular disorders.

For chronic pain of general musculoskeletal origin, multidisciplinary rehabilitation programmes are effective. Also physical activity/training under the guidance of e.g. a physiotherapist is an effective treatment. Combination with cognitive and/or behavioural treatments will further enhance the effect. For neuropathic pain, there is evidence for the use of anticonvulsants, potent opioids and topical capsaicin. Pharmacological treatment has often the disadvantage of side-effects.

The societal costs of chronic pain are high. There is some evidence that multidisciplinary rehabilitation and physical activity/training is cost-effective. However, further research is needed in this field.

SBU:s projektgrupp:

Dag Lundberg (ordförande), professor emeritus, Anestesi-kliniken, Universitetssjukhuset, Lund

Susanna Axelsson (projektledare) odont dr, SBU

Jörgen Boivie, professor, Neurologiska kliniken, Universitetssjukhuset, Linköping

Ingemar Eckertlund, fil dr, hälsoekonom, SBU

Björn Gerdle, professor, Avdelningen för rehabilitering, Hälsovetenskap, Linköping

Ann-Christine Gullacksen, fil dr, Hälsa och samhälle, Malmö högskola

Eva Johansson, docent, Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå universitet

Marianne Kristiansson, med dr, adj lektor, Rättsmedicinalverket

samt institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet

Thomas List, professor, Odontologiska fakulteten, Malmö högskola

Clas Mannheimer, professor, Multidisciplinärt smärtcentrum, Sahlgrenska universitetssjukhuset/Östra

Lars-Åke Marké, hälsoekonom, SBU

Gunnar L Olsson, docent, chef för smärtsektionen, Astrid Lindgrens barnsjukhus

Märta Segerdahl, docent, Anestesi-kliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge

Björn Sjöström, professor, Högskolan i Skövde

Anne Söderlund, docent, leg sjukgymnast, Institutionen för neurovetenskap, Uppsala universitet

Ania Willman, fil dr, leg sjuksköterska, Sektionen för hälsa, Blekinge tekniska högskola, Karlskrona



www.tandlakartidningen.se

TANDLÄKARTIDNINGEN