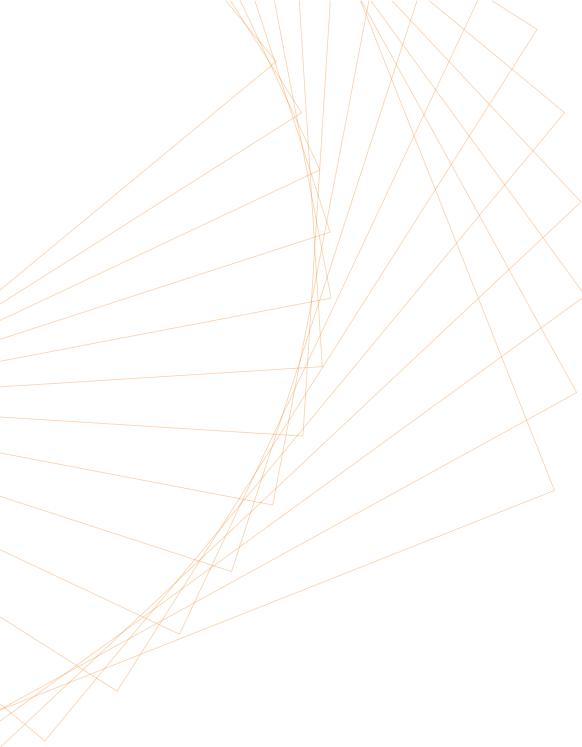


Smärtbördan

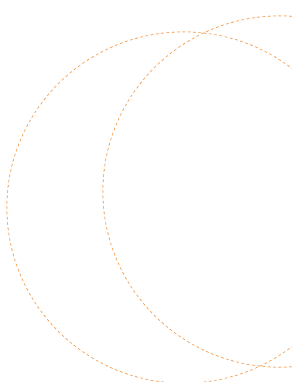
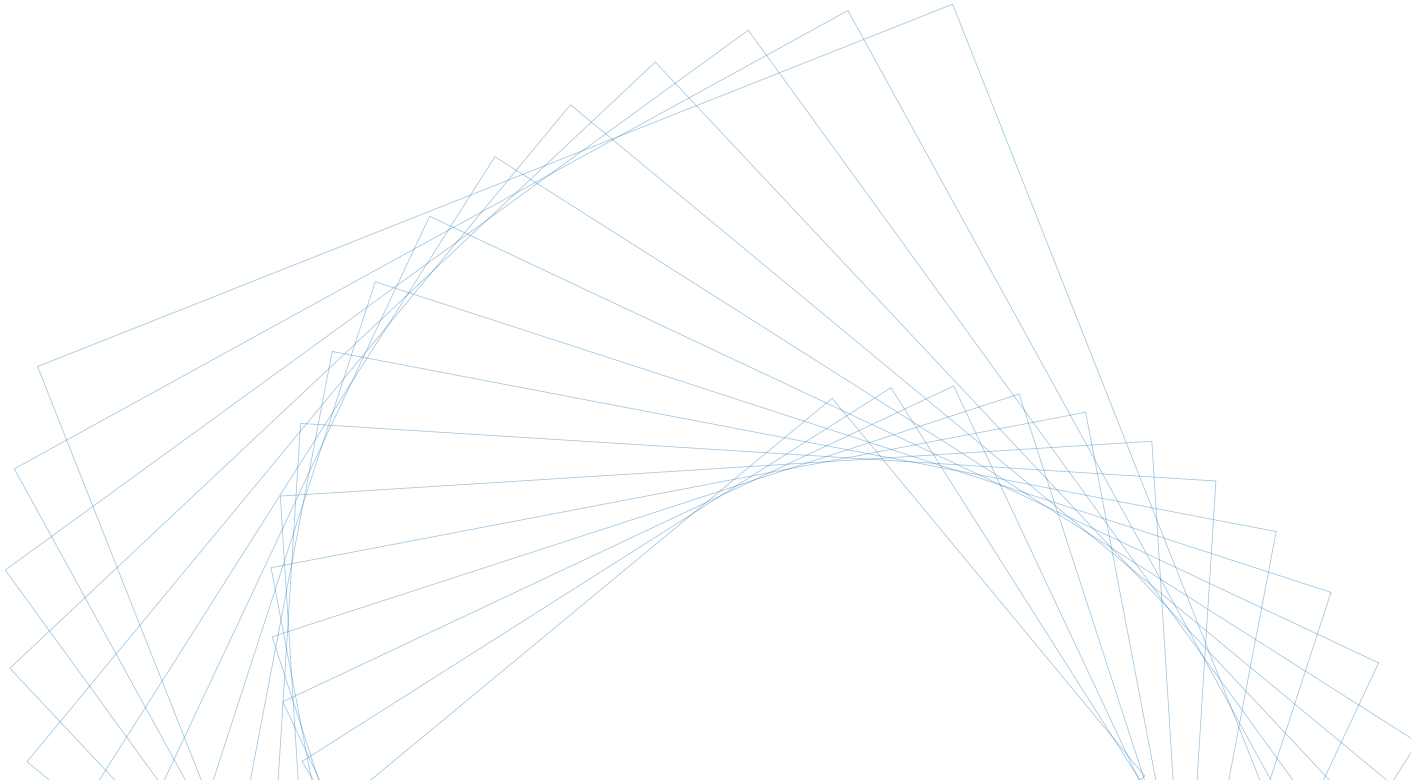
en bevisbok från Societal Impact of Pain (SIP)





Innehållsförteckning

Sammanfattning och syfte med dokumentet		1-2
Stödjare		3-4
Förord		5-6
Vad är smärta?		7-16
Olika typer av smärttillstånd och vittnesmål		17-34
Slutsatser och rekommendationer		35-36
Om smärtans samhällseffekter		37-40
Resurser		41-46



Sammanfattning

Smärta är ett av de mest utbredda medicinska tillstånden i såväl Europa som globalt. Det är den främsta anledningen till att man söker vård och den ledande orsaken till funktionsnedsättning och försämrad livskvalitet. För närvarande lider cirka 150 miljoner människor i Europa av kronisk smärta, en siffra som motsvarar den sammanlagda befolkningen i Tyskland och Frankrike. En betydande andel av de drabbade saknar adekvat smärtlindring, och tidigare uppskattningar har visat på en så hög andel som 40%. Förståelsen av ursprunget och effekterna av olika smärttillstånd är fortfarande ofullständig, med märkbara brister i forskningsinsatserna som kvarstår i många europeiska länder.

Denna bevisbok skapades för att personer med icke-vetenskaplig bakgrund (till exempel beslutsfattare och finansieringsorganisationer) skulle få en inblick i vad smärta är, förstå de olika definitioner som används (till exempel akut smärta, neuropatisk smärta, nociceptiv smärta) och de försvagande effekter som smärta har på patienter och samhällen.

Smärta är en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse som är förknippad med, eller liknar den som är förknippad med, en faktisk eller potentiell vävnadsskada. Enligt International Association for the Study of Pain (IASP) är smärta alltid en personlig upplevelse som i varierande grad påverkas av biologiska, psykologiska och sociala faktorer.

Smärta bedöms numera bäst som en biopsykosocial upplevelse. Den biopsykosociala modellen är en avgörande del av dagens smärtbedömning och smärtbehandling. Modellen bygger på att smärta är en personlig upplevelse som uppstår i ett dynamiskt samspel mellan biologiska, psykologiska och sociala faktorer. Detta ersätter den biomedicinska modellen i vilken smärta alltid ansågs orsakas enbart av biologiska faktorer och sjukdomspatologi.

Evidensboken fortsätter med en presentation av en rad patientberättelser, där var och en berättar om sin resa med olika typer av smärta och om sina erfarenheter. Vi hoppas att med dessa exempel på vanliga smärttyper och vittnesmål kunna ge en förståelse för mångfalden och likheterna inom smärta. För den icke-vetenskapsman som för första gången närmar sig smärta kan en undersökning av tillstånd som ländryggssmärta, cancersmärta och postoperativ smärta kanske klagöra sådant som tidigare har ignorerats eller missförstått. Även om smärttillstånd varierar i sin patologi och hur de upplevs är en faktor som ofta förenar dem bristen på uppmärksamhet inom hälso- och sjukvårdssystemet och inom politiska ramar. Plattformen Societal Impact of Pain syftar till att förändra detta genom att öka medvetenheten om smärta och att förändra smärtpolitiken.

Plattformen Societal Impact of Pain (SIP) uppmanar därför nationella beslutsfattare att erkänna smärtbördan och dess inverkan på samhällen och patienter och öka dess prioritet inom hälso- och sjukvårdssystem, finansiering och beslutsfattande; säkerställa ett effektivt genomförande av ICD-11, eftersom dess användning möjliggör internationell överenskommelse om användning av standardiserade diagnoser och verktyg och förbättrar insamlingen av data för både primär och sekundär användning; utveckla instrument för att bedöma smärtans inverkan, inleda politiska åtgärder för att ta itu med smärtans inverkan på sysselsättning och arbetsproduktivitet och inkludera smärta i relevanta befintliga initiativ samt utveckla interoperabla digitala ekosystem för hälsa med tillgängliga digitala lösningar för utvärdering, övervakning och hantering av smärta (appar, onlineresurser osv.) och rättsliga och regulatoriska ramverk för datadelning.

Syftet med detta dokument

Denna "bevisbok" skapades för att personer med icke-vetenskaplig bakgrund (såsom beslutsfattare och finansieringsorganisationer) skulle få en inblick i vad smärta är, förstå olika definitioner som används (till exempel akut smärta, neuropatisk smärta, nociceptiv smärta) och de försvagande effekter som smärta har på patienter och samhällen.

I dokumentet förklaras olika typer av smärttillstånd (till exempel huvudvärk, ländryggssmärta), hur vanliga de är och behandlingsmetoder.

Dokumentet förklarar viktiga begrepp och utmaningar inom smärtområdet, inklusive mätning och bedömning av smärta, stigmatisering, vikten av att erkänna smärtans personliga multidimensionella karaktär som kräver en uppskattning av samspelet mellan flertalet biologiska/fysiska, psykologiska och sociokulturella faktorer.

I det stora hela bör detta dokument illustrera och beskriva vad smärta är och uppmärksamma behovet av brådskande politiska åtgärder och ökad finansiering av forskning. Särskilt de rekommendationer som lyfts fram i slutet av detta dokument är en uppmaning till handling från Europeiska kommissionen, Europaparlamentet, Europeiska rådet och det civila samhället för att ta itu med smärtans katastrofala samhällseffekter. Plattformen Societal Impact of Pain (SIP) kommer att fortsätta att öka medvetenheten om smärtans förödande effekter på de drabbade, på samhällen och ekonomiska system.

Plattformen kommer arbeta för att utbyta information och bästa praxis mellan alla medlemsstater i Europeiska unionen samt utveckla och främja Europatäckande politiska strategier och aktiviteter för ett förbättrat smärtvårdsparadigm i Europa.

Ledamot Cerdas (S&D)



“ Psykisk hälsa, psykiska tillstånd och sjukdomar samt smärta förekommer ofta samtidigt på grund av gemensamma molekylära, neurofysiologiska, livsstils- och miljöfaktorer. Att ta upp smärta i politiken för psykisk hälsa och öka forskningsfinansieringen i ämnet är därför avgörande för att fastställa en gyllene standard för självhanteringsprogram samt öka tillgången till vård av hög kvalitet.

Ledamot Kypouropoulos (EPP)



“ Smärta har inte bara en betydande inverkan på individen, utan dess förekomst och det stora antalet människor som lever med smärta har också en betydande inverkan på samhället. Vi måste öka medvetenheten om smärtans förödande konsekvenser, minska skillnaderna mellan medlemsstaterna genom att utbyta information och bästa praxis inom EU, samt stödja EU-omfattande politiska strategier och aktiviteter för en förbättrad smärtvård.

Ledamot Montserrat (EPP)



“ De biologiska, psykologiska och sociala faktorerna bakom smärta utesluter inte varandra utan samverkar. Därför är det viktigt med en heltäckande tillämpning av den biopsykosociala modellen för smärta inom klinisk vård (bedömning och behandling), forskning, utbildning och policy.

Ledamot Maxova (S&D)



“ Smärta är det vanligaste icke-smittsamma medicinska tillståndet i Europa och i världen. I dagsläget upplever 1 av 5 personer i Europa kronisk smärta. Det är den vanligaste anledningen till att människor söker vård och den främsta orsaken till funktionsnedsättning och försämrad livskvalitet. Kronisk smärta är vanligare hos kvinnor än hos män, och vissa uppskattningar tyder på att kvinnor löper dubbelt så stor risk att drabbas av kronisk smärta jämfört med män.

Förord

Smärta är ett av de vanligaste sjukdomstillstånden i Europa och i resten av världen. Smärta är det vanligaste icke-smittsamma medicinska tillståndet i Europa och resten av världen. Det är den vanligaste orsaken till att människor söker vård och den främsta orsaken till funktionsnedsättning och försämrad livskvalitet. Det finns en stark socioekonomisk ställning när det gäller prevalens och effekter, särskilt för arbetsoförmåga och sjukfrånvaro. Bördan av funktionshinder orsakade av smärta växer och hotar hållbarheten i de europeiska hälso- och sjukvårdssystemen och de sociala systemen. Smärtforskningen är dock betydligt underfinansierad jämfört med andra områden inom hälsoforskningen, och denna underinvestering bedöms vara en viktig faktor som bidrar till bördan. Europeiska kommissionen har identifierat många smärttillstånd som mycket belastande och underbeforskade och fastställt att dessa kräver omfattande uppmärksamhet.

Enligt Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2020, som omfattar en omfattande bedömning av incidens, prevalens och antal levnadsår med funktionsnedsättning (YLD) för 354 orsaker i 195 länder och territorier från 1990 till 2017, är smärtrelaterade tillstånd som huvudvärk (till exempel migrän) och muskuloskeletal smärta (till exempel ländryggssmärta, osteoartrit i höfter och knän, nackvärk) två av de största bidragande orsakerna till antal levnadsår med funktionsnedsättning (YLD). Ryggsmärta och migrän står för 57,6 miljoner respektive 45,1 miljoner förlorade levnadsår på grund av funktionsnedsättning.

I Europa finns cirka 740 miljoner människor, varav de flesta upplever en episod av svår smärta någon gång under sitt liv. För cirka 20 procent kvarstår smärtan i mer än tre månader och dessa personer har kronisk smärta. Därför upplever för närvarande 150 miljoner människor i Europa kronisk smärta, vilket motsvarar ungefär lika många som invånarna i Tyskland och Frankrike.

Statistiken visar inte riktigt hur smärtan påverkar individen eller dennas närstående. Smärta har en förödande inverkan på de som lider. Den kan ta över ens liv och förstöra förmågan att ägna sig åt hobbyer, att gå korta sträckor, arbeta eller gå ut med vänner (exempelvis att gå på bio för att det är för smärtsamt att sitta länge). Smärta kan väcka människor och förstöra deras sömn. En ständig känsla av överdriven trötthet, utöver smärta, kan innebära att människor behöver anstränga sig för att koncentrera sig och hantera vardagliga uppgifter. Smärtan blir ofta den dominerande faktorn i den drabbade personens liv. Detta bidrar till minskat välbefinnande, begränsad rörlighet och social marginalisering under hela livet, och det är förknippat med depression, cancer och hjärt- och kärlrelaterad dödlighet samt med lägre förväntad livslängd.

Nära och kära påverkas också negativt på många sätt, såsom genom känslomässig stress (till exempel att känna sig hjälplös när de ser någon de bryr sig om lida), förändringar i relationen, minskad kvalitetstid eftersom personen är begränsad i vad den kan göra (till exempel minskad kvalitetstid på grund av att personen är begränsad i vad han eller hon kan göra), ekonomiska problem (kostnaden för tester och behandlingar för personen med smärta) och ökat omsorgsansvar (att hjälpa en person hantera sin smärta kan vara fysiskt och emotionellt krävande) vilket leder till utbrändhet och utmattning över tid.

En stor andel av individerna i Europa med kronisk smärta har otillräcklig smärtkontroll och tidigare uppskattningar har visat att så många som 40% har otillräcklig smärtkontroll. Det finns betydande luckor i förståelsen av orsakerna till och konsekvenserna av många smärttillstånd, och en märkbar brist på forskning kvarstår i många europeiska länder. Bristen på data gör det svårt att generalisera forskningsresultaten till alla EU:s medlemsländer. Att de rekommendationer som presenteras i slutet av detta dokument följs är avgörande för att öka kunskapen om smärtans sociala effekter.

Vad är smärta?

I detta avsnitt beskrivs vanliga definitioner som används för att förklara smärtans varaktighet och typ.

Smärta är en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse som är förknippad med, eller liknar den som är förknippad med, faktisk eller potentiell vävnadsskada. Enligt International Association for the Study of Pain (IASP) är smärta alltid en individuell upplevelse som i varierande grad påverkas av biologiska, psykologiska och sociala faktorer. Det är genom livserfarenheter individer lär sig vad smärta är. En persons beskrivning av att uppleva smärta ska respekteras. Trots att smärta vanligen har en anpassande funktion, så kan smärta ha negativa effekter på funktionsförmåga och socialt samt psykologiskt välbefinnande. Att med ord beskriva smärta är enbart ett av många sätt att uttrycka smärta; oförmåga att kommunicera hindrar inte att en människa eller ett djur upplever smärta.

Nociception är nervsystemets kodning av potentiellt skadliga händelser (till exempel om man rör vid en het spisplatta eller råkar skära sig). Nociception och smärta är två olika saker. Man kan ha nociception men inte känna smärta, medan man kan ha smärta utan att ha nociception. Detta visar komplexiteten i smärtupplevelsen. Nociception är objektiv (den kan mätas med instrument), medan smärta är subjektiv (den är självrapporterad) och uppstår inte enbart genom aktivitet i sensoriska neuroner. Smärtupplevelsen innefattar ofta dessa nociceptiva signaler, men hjärnan tar även hänsyn till andra faktorer, såsom individens övertygelser, tidigare erfarenheter och psykologiska tillstånd, när den överväger en smärtreaktion. Det innebär att smärta i sig inte är en biologisk process, utan en biologisk, psykologisk och sociologisk upplevelse av vilken nociception utgör en del.

Akut smärta är smärta som försvinner relativt snabbt. Definitionerna av akut smärta varierar. Vissa hävdar att akut smärta varar mindre än 30 dagar, medan andra hävdar att akut smärta kan avse all smärta som försvinner inom 3 månader. Akut smärta ses ofta som adaptiv – en användbar överlevnadsmekanism som har en skyddande och läkande funktion.

Kronisk smärta är smärta som kvarstår eller återkommer i mer än 3 månader, även om man inte alltid är överens om definitionerna.

Kronisk primär smärta är smärta som återkommer under längre tid än 3 månader, är förknippad med betydande känslomässigt lidande eller funktionsnedsättning och inte förklaras bättre av ett annat medicinskt tillstånd. Här är kronisk smärta det dominerande kliniska problemet och anses som ett tillstånd i sig. Orsakerna till många kroniska smärttillstånd är oklara, och uppkomsten av dessa förstås bäst som ett samspel mellan olika biologiska, psykologiska och sociala faktorer som varierar från person till person. Några exempel är långvarig generaliserad smärta (till exempel fibromyalgi), komplext regionalt smärtsyndrom och kronisk muskuloskeletal smärta (till exempel ospecifik kronisk ländryggssmärta).

Kronisk sekundär smärta är smärta som är ett symtom som uppstår till följd av en specifikt klassificerad underliggande sjukdom. Exempel på kroniska sekundära smärttillstånd är kronisk cancersmärta, kronisk sekundär muskuloskeletal smärta (till exempel osteoartrit, reumatoid artrit) och kronisk sekundär visceral smärta (till exempel ulcerös kolit, endometrios).

Nociplastisk smärta är smärta som uppstår till följd av förändrad nociception, trots att det inte finns några tydliga tecken på faktisk eller hotande vävnadsskada som orsakar aktivering av perifera nociceptorer eller tecken på sjukdom eller skada i det somatosensoriska system som orsakar smärtan. Denna smärta kallas också "funktionell smärta". Exempel på detta är fibromyalgi/långvarig generaliserad smärta, icke-specifik kronisk ländryggssmärta, irritabel tarm och smärtsyndrom i urinblåsan.

Kronisk neuropatisk smärta avser smärta till följd av sjukdom/lesion/skada i det somatosensoriska nervsystemet. När den varar i tre månader eller mer kallas den kronisk neuropatisk smärta. Exempel på detta är ischias, diabetesneuropati, ryggmärgsskada, smärta efter bältros (postherpetisk neuralgi) och neuropati orsakad av cellgiftsbehandling.

Den biopsykosociala modellen för smärta

Smärta betraktas numera bäst som en biopsykosocial upplevelse. Den biopsykosociala modellen är en viktig del av samtida bedömning och behandling av smärta. Modellen hävdar att smärta är en personlig upplevelse som uppstår ur ett dynamiskt samspel mellan biologiska, psykologiska och sociala faktorer. Detta ersätter den biomedicinska modellen i vilken smärta alltid ansågs orsakas enbart av biologiska faktorer och sjukdomspatologi.

Biologiska (eller fysiska) faktorer inkluderar genetik, skadans eller sjukdomens omfattning, vävnadens hälsa/skada, läkemedelseffekter, nervsystemets egenskaper (smärtröskel, smärttolerans, benägenhet för perifer och central sensibilisering) och sömn.

Psykologiska faktorer inkluderar nedstämdhet, depression, ångest, ilska, upplevd orättvisa, hanteringsstrategier (till exempel undvikande, uthållighet), rädsla, självtillit, katastroftänkande, kognitiva föreställningar, känslomässig stress, negativa attityder och acceptans.

Sociala faktorer omfattar sociala förväntningar, arbetstillfredsställelse, socialt stödsystem (ekonomiskt stöd, instrumentellt stöd, känslomässigt stöd), levnadsstatus, sysselsättning, tidigare smärtupplevelser, sjukförsäkring, missbruk, språk- och kulturella hinder.

Dessa faktorer utesluter inte varandra utan samverkar. Plattformen Societal Impact of Pain (SIP) rekommenderar en heltäckande tillämpning av den biopsykosociala modellen för smärta i klinisk vård (bedömning och behandling), forskning, utbildning och politik.

Smärtans biopsykosociala karaktär lyfts fram i den 11:e revisionen av den internationella sjukdomsklassifikationen (ICD-11) och gäller för alla smärterelaterade tillstånd. Särskilt genom införandet av diagnosen kronisk primär smärta, som definieras som smärta i ett eller flera kroppssystem och på någon plats i kroppen, eller på en kombination av platser i kroppen som: (a) kvarstår eller återkommer under längre tid än 3 månader, (b) är förknippad med betydande känslomässigt lidande (till exempel ilska, ångest eller nedstämdhet) och/eller betydande funktionsnedsättning (påverkan på aktiviteter i det dagliga livet, hobbyer och deltagande i sociala roller), och (c) omfattar symptom som inte kan förklaras bättre av andra diagnoser.

Genom att erkänna den roll som känslomässig stress och funktion spelar i definitionen av kronisk primär smärta, fastställer ICD-11 att många faktorer påverkar smärta och förespråkar därför en omfattande biopsykosocial modell för bedömning och behandling.

Smärtans sociala effekter

Smärta har inte bara en betydande inverkan på individen, utan dess betydande frekvens och det stora antalet människor som lever med smärta gör också att smärtans effekter ses på en samhälls nivå.

Det är svårt att mäta de samhällsmässiga effekterna av smärta i Europa, delvis på grund av brist på data, men forskningen har försökt uppskatta smärtbördan ur många perspektiv såsom sysselsättning, ekonomi, funktionshinder och individuell livskvalitet.

Smärta kan påverka en persons livskvalitet och allmänna funktionsförmåga. Personer med smärta kan uppleva försämringar i uppmärksamhet, kontroll, arbetsminne, mental flexibilitet, problemlösning och informationsbearbetningskapacitet.

Den totala ekonomiska bördan av smärta i Europa uppskattas till mellan 1,5 och 3 procent av BNP, och denna direkta och indirekta börda faller på samhället i stort (det vill säga arbetsgivare, skattebetalare, patienter och deras familjer) och står för betydande utgifter för hälso- och sjukvård.

Smärta kan inte bara begränsa en persons arbetsförmåga, vilket har en negativ effekt på arbetsproduktiviteten och sjukfrånvaron, utan den kan också öka de relativa vårdkostnaderna, vilket direkt påverkar livskvaliteten för patienterna och deras familjer. Över 40 miljoner arbetstagare i EU har muskuloskeletala besvär som orsakats av deras arbete. Detta leder i sin tur till nästan 50 procent av all frånvaro från arbetet som varar tre dagar eller längre inom EU och 60 procent av den permanenta arbetsoförmågan. De direkta och indirekta kostnaderna uppskattas till 240 miljarder euro per år.

Därför behövs ökade investeringar i forskning om smärtans samhällseffekter för att man ska få en fullständig förståelse för de många olika aspekterna av patienternas liv som påverkas av smärta, och för att öka deras livskvalitet och tillgång till smärtlindring och smärtbehandling.



Stigmatisering ökar bördan av upplevd kronisk smärta

Stigmatisering är en ständig utmaning i livet för personer som lever med smärta. Den höga prevalensen visar att man inte förstår smärtans komplexitet och att den fortfarande är rotad i en föråldrad biomedicinsk modell. Stigmatisering av de drabbade nedvärderar deras personliga kamp med att hantera smärta och dess tillhörande inverkan på individuella beteenden. De berövas i princip sin grundläggande mänsklig värdighet bara för att deras erfarenheter avviker från samhällets normer. Människor möter ofta misstro från romantiska partner, familjemedlemmar och vänner som kanske inte helt förstår eller erkänner omfattningen av deras smärta. Det finns en utbredd känsla av att vårdpersonal kan tvivla på legitimiteten i deras smärta och betrakta den som överdriven eller till och med inbillad. Denna skepticism kan leda till självanklagelser och tvivel som kan resultera i låg självkänsla, förutom att de utsätts för skam att få sina berättade erfarenheter avfärdade under interaktioner med vårdgivare. Dessutom upplever personer med smärta ofta stigmatisering på sin arbetsplats och får utstå fientlighet från kollegor som kanske inte förstår den inverkan deras tillstånd har på dem. Att öka medvetenheten om vad smärta är, särskilt den biopsykosociala och personliga karaktären hos all smärta, är avgörande för att komma till rätta med stigmatiseringen.

En ond cirkel av smärta och psykisk ohälsa

Psykisk hälsa/psykiska tillstånd/psykiska sjukdomar och smärta förekommer ofta samtidigt, vilket kan bero på gemensamma molekylära, neurofysiologiska, livsstils- och miljöfaktorer. Till exempel har humörsjukdomar som depression och ångest samt smärta en uppskattad samsjuklighet på upp till 80%. Hos personer med bipolär sjukdom är smärtprevalensen nära 30% (främst kronisk muskuloskeletal smärta och migrän). Det innebär mer än dubbelt så stor risk som för personer utan psykisk ohälsa.

Dessutom löper personer utan psykisk ohälsa en betydande risk att utveckla psykisk ohälsa om de fortfarande har måttlig till svår smärta efter 12 månader. Personer som lider av både smärta och psykisk ohälsa, till exempel allvarlig depression, bipolär sjukdom och schizofreni, har betydligt sämre fysisk hälsa, ökad risk för cancer och hjärt- och kärlrelaterade sjukdomar – vilket bidrar till en lägre förväntad livslängd.

Tyvärr bedöms eller hanteras inte smärta rutinmässigt hos personer med psykisk ohälsa, och kommunikation och bedömning av smärta kan döljas av det psykiska tillståndets natur (till exempel allvarliga psykiska tillstånd som psykos). Dessutom är psykiska sjukdomar som depression ofta underskattade och därmed ofta underbehandlade hos personer med kronisk smärta.

Betydelsen av ICD-11 för smärtsjukvården

ICD-11, eller internationella sjukdomsklassifikationen, 11:e revideringen, är ett världsomspännande system som används av läkare, vårdgivare och forskare för att klassificera och koda olika sjukdomar, tillstånd och hälsorelaterade frågor. Det är som en stor systematisk förteckning över olika hälsoproblem och deras koder som hjälper människor inom det medicinska området att kommunicera om sjukdomar och tillstånd konsekvent runt om i världen. Detta klassificeringssystem har tagits fram och underhålls av Världshälsoorganisationen (WHO). ICD-11 var ett stort steg framåt för smärta eftersom specifika koder infördes som gör att smärta kan klassificeras och erkännas som ett hälsotillstånd, inte bara som ett symptom. ICD-11 är ett användbart verktyg för att på ett adekvat sätt kategorisera smärtrelaterade hälsotillstånd, vilket inte bara bidrar till bättre behandling för patienter med kronisk smärta, utan även för den vårdpersonal som tillhandahåller sådan vård.

Vid användning av ICD-10 (föregångaren till ICD-11) registrerades olika kroniska smärttillstånd, till exempel kronisk ländryggssmärta, felaktigt, vilket visade på en brist på standardisering vid registrering och rapportering av smärtdiagnoser. Införandet av ICD-11 bidrar därför till att lämpliga behandlingar kan ges och stöder god livskvalitet för personer med smärttillstånd. Med ICD-11 och dess betydande ökning av olika sätt att kategorisera smärttillstånd kan vi nu bättre stödja den politiska beslutsprocessen, liksom den kliniska hanteringen, övervakningen, forskningen och utbildningen om olika smärttillstånd.



Hur bedöms och mäts smärta?

Bedömning eller diagnostisering av smärta är avgörande för att fastställa framgång och prognos för återhämtningen. Smärta är i sig komplex och ofta svår att mäta exakt, därför rekommenderas vårdpersonal att använda flera olika mått för att bedöma en individs smärta.

Smärta rapporteras av den person som upplever smärtan, så kallad självrapportering. Den kan inte mätas objektivt på samma sätt som vårdpersonal mäter blodtryck eller blodsockernivåer. Det enda sättet att bedöma en individs smärta är om personen berättar det för dig. Därför är patientrapporterade utfallsmått (PROM) – verktyg eller instrument som används inom sjukvården för att samla in information direkt från individer om deras hälsotillstånd, symtom, funktionsstatus och livskvalitet – verkligen viktiga. PROM är utformade för att fånga patientens perspektiv på den egna hälsan, vilket ger värdefulla insikter om effekterna av ett tillstånd eller en behandling ur patientens synvinkel. PROM utgör ofta frågeformulär eller enkäter som patienter fyller i för att uttrycka sina erfarenheter, preferenser och farhågor i samband med sin hälsa. PROM kopplade till smärta kan innehålla frågor inte bara om smärtans intensitet, utan också dess inverkan på livskvalitet, dagliga aktiviteter, känslomässigt välbefinnande och effektiviteten av olika behandlingar. Genom att använda sig av PROM kan vårdgivare bättre förstå patientens upplevelse, delta i delat beslutsfattande med personer med smärta för att skraddarsy behandlingsplaner efter individuella behov och övervaka förändringar i symtom och övergripande välbefinnande över tid.

Det finns för närvarande inga validerade objektiva mått på smärta, och vår övergripande förståelse för vad som orsakar smärta hos många individer är undermålig. Det finns ett enormt behov av forskning för att identifiera biologiska mått (biomarkörer) för att bättre förstå hur olika smärttillstånd utvecklas och fortskrider. Framför allt för att ta reda på varför vissa människor utvecklar kronisk smärta och om vi kan hitta sätt att förebygga det. En kombination av objektiva biomarkörer och patientrapporterade mått kommer att vara ett av de mest lovande sätten att hitta bättre och individanpassade behandlingar för människor med smärta.



Behandling av smärta

Det finns många behandlingar mot smärta och dessa syftar till att förbättra, bibehålla eller modifiera smärta, smärtrelaterad ångest eller smärtrelaterad funktion. Bevisen för olika behandlingar är högst varierande. Även om en del behandlingar för vissa specifika smärttillstånd har högkvalitativa bevis för viss effektivitet, råder det stor osäkerhet om effekterna av några av de använda behandlingarna. Det är av yttersta vikt att se till att alla smärtbehandlingar utvärderas noggrant för att förstå fördelarna och nackdelarna med varje enskild behandling. Behandlingarna kan i stort sett delas in i följande kategorier: komplementär och alternativ medicin, elektroterapi, motionsterapi, interventionell smärtbehandling, manuell terapi, deltagarstyrda terapier, patientutbildning, farmakoterapi, psykologisk terapi, kirurgisk behandling och termoterapi. Obs: Behandlingarna nedan är listade i alfabetisk ordning, inte i ordning efter betydelse eller effektivitet.

Komplementär och alternativ medicin: Behandling som kompletterar allmänmedicinen genom att bidra till en gemensam helhet, genom att tillfredsställa ett behov som inte tillgodoses av allmänmedicinen eller genom att diversifiera de medicinska begreppsramarna. Exempel inkluderar akupunktur, örter, probiotika och kosttillskott.

Elektroterapi: Olika typer av elektrisk stimulering och elektromagnetisk strålning. Exempel på sådan behandling är transkutan elektrisk nervstimulering (TENS), stötvågsbehandling och laserbehandling.

Motionsterapi: Motionsterapi omfattar en rad olika behandlingar som ordinerats eller planerats av kvalificerad sjukvårdspersonal och som inkluderar specifika aktiviteter, ställningar eller rörelser (eller alla). Exempel inkluderar allmänna fysiska träningsprogram i grupp, aerob träning i form av promenadprogram, stretching och förstärkning av specifika muskler eller muskelgrupper samt graderad aktivitet.

Interventionell smärtbehandling: Tillämpning av interventionstekniker med fokus på potentiella smärtgeneratorer för att försöka eliminera dem. Exempel är injektioner – till exempel perifera injektioner, mjukdels-, intraartikulära, neuraxiala injektioner; intravenös, sublingual, oral eller epidural patientkontrollerad analgesi; intratekal analgesi; analgesi genom större perifera nervblockader; plexusanalgesi; paravertebrala nervblockader; planblockader; elektrisk stimulering (till exempel perkutan elektrisk nervstimulering); elektroakupunktur; ablativa tekniker; kemiska, elektriska/termiska; neuromodulering; ryggmärgsstimulering; dorsalrotsganglionstimulering; djup hjärnstimulering, motorcortexstimulering, transkraniell magnetisk stimulering; epiduros kopi.

Manuell terapi: Skickliga handrörelser och rutinerade passiva rörelser i leder och mjukdelar. Exempel på detta är massage, manipulation och mobilisering.

Deltagarstyrda terapier: Främja engagemang i dagliga aktiviteter kopplade till egenvård, arbete, produktivitet och fritid.

Patientutbildning: Råd, utbildning eller information som tillhandahålls av hälso- och sjukvårdspersonal för att förbättra patientens förståelse av sin smärta eller lämplig behandling. Detta omfattar råd om att vara fysiskt aktiv, graderad återgång till aktiviteter, pacing, belastningshantering (inklusive utbildning om lämpliga hjälpmedel), hälsosam livsstil, råd om hur man själv hanterar smärta, prognos, utbildning i smärtbehandling och utbildning i smärtvetenskap. Råden kan ges på olika sätt (muntligt, skriftligt, teknikbaserat eller en kombination av dessa).

Farmakoterapi: Alla analgetiska läkemedel som ges, oavsett väg och dos, inklusive adjuvanta terapier.

Dessa inkluderar icke-steroida antiinflammatoriska läkemedel, paracetamol, antidepressiva medel, antikonvulsiva medel, opioider, kortikosteroider, muskelavslappnande medel. Vissa kan intas oralt, andra genom injektion och vissa genom applicering på huden.

Psykoterapi/psykologisk terapi: Psykologisk eller psykoterapeutisk behandling som ger igenkännbart psykologiskt innehåll för att förändra känslor, tankar, beteenden och kroppsliga processer. Exempel på detta är kognitiv beteendeterapi (KBT), beteendeterapi (BT) och acceptans- och engagemangsterapi (ACT).

Kirurgi: Användning av operativa manuella och instrumentella tekniker på en patient för att behandla eller korrigera anatomiska avvikelser som antas påverka smärta. Exempel inkluderar ledartroskopi [nyckelhål] (debridering ± synovektomi ± kondroplastik), ledartroplastik, ledbyte, perkutan kirurgi kontra öppen kirurgi, rizotomi, tenotomi, strålkirurgi, cordotomi, MRT-, ultraljuds-, laserstyrda ablationer, stereotaktiska kirurgiska tekniker och andra CNS-kirurgiska tekniker för smärtbehandling

Termoterapi: Applicering av värme eller kyla på leder och/eller muskler för att förbättra symtomen vid artros och kan göras med omslag, handdukar, vax etc. Värme kan förbättra blodcirkulationen och få musklerna att slappna av, medan kyla kan bedöva smärtan, minska svullnad, dra ihop blodkärlen och blockera nervimpulserna till leden.

Egenvård och egenhantering av smärta

Personer som lever med smärta lever större delen av sina liv utanför hälso- och sjukvårdssystemet och det är i detta sammanhang som de hanterar konsekvenserna av smärttillståndet på sina liv varje dag. Att effektivt vårda eller hantera smärta på egen hand är en utbildningsresa som kräver stöd och kunskap inom många aspekter, bland annat att hantera uppblossande/förvärrade symtom, veta när man ska kontakta vårdpersonal, fatta beslut om test och behandling, bygga upp eller upprätthålla positiva copingstrategier, inklusive stress- och sömnhantering, fysisk aktivitet och socialt engagemang. En viktig ingrediens för framgångsrik egenvård är att bygga upp människors självförtroende eller självtillit att hantera smärta och dess effekt på livet. För närvarande saknar vi en tydlig definition av vad som är bra egenvård. Sjukvårdspersonal måste få bättre kunskaper för att kunna hjälpa människor med smärta att hantera smärtan på ett tryggt sätt. Detta innefattar god förmåga att lyssna och kommunicera samt ge information om egenvård till individer tidigt i smärtförloppet för att förebygga kronisk smärta eller förhindra dess negativa effekter. En avgörande utmaning som kräver omedelbar uppmärksamhet är att se till att personer som lider av smärta – oavsett plats eller inkomst – har enkel tillgång till prisvärda program/alternativ för egenvård.

Olika typer av smärttillstånd

Det finns många olika smärttillstånd. Nedan hittar du olika typer av smärttillstånd som listas tillsammans med information om vad smärtan beror på, hur den kan diagnostiseras och annan användbar information. De listade tillstånden har mycket hög belastning.

Det är värt att notera att listan inte är uttömmande och inte omfattar alla akuta och kroniska tillstånd.

Det är också värt att nämna att även om alla tillstånd har sin individuella klassificering, är det vanligt att individer kan uppvisa mer än ett tillstånd och sannolikt kommer att uppfylla diagnoskriterierna för flera tillstånd. I sådana fall kan bedömning och behandling bli svår eftersom man måste ta hänsyn till vilket tillstånd som är den primära orsaken, eller om alla tillstånd delar en underliggande patologi. Denna komplexa sammanflätning av samsjuklighet måste beaktas.

När det är möjligt har vi presenterat data som speglar incidensen och prevalensen av smärtrelaterade tillstånd inom Europa. För att utforska den omfattande listan över akuta/kroniska smärttillstånd, vänligen besök ICD-11:s officiella webbplats.

Muskuloskeletal smärta

Vad är det? Smärta som uppträder i områden som består av ben, muskler, leder eller relaterade mjukvävnader bedöms som muskuloskeletal smärta. De vanligaste muskuloskeletal smärttillstånden är ländryggssmärta, nacksmärta, höft- och knäsmärta sekundär till osteoartrit, axelsmärta och smärta i flera kroppsdelar.

Prevalens: Den påverkar uppskattningsvis 1,71 miljarder människor globalt och är den främsta orsaken till funktionsnedsättning i Europa och resten av världen. Det är också den största bidragande orsaken till antalet levnadsår med funktionsnedsättning (YLD) – större än psykisk ohälsa, diabetes och cancer (cirka 149 miljoner YLD, vilket motsvarar 17% av alla YLD). Osteoartrit (OA), den vanligaste typen av artrit, påverkar mer än 40 miljoner människor i Europa. Det innebär en livstidsrisk på 45% för knäartros och 25% för höftartros. OA är den snabbast växande orsaken till funktionsnedsättning i världen. Ländryggssmärta är den vanligaste och mest funktionshinderande muskuloskeletal smärttillståndet. I Europa är den högsta åldersstandardiserade prevalensen per 100 000 individer för ländryggssmärta i Centraleuropa (12 800; 11 500–14 400), följt av Östeuropa (11 200; 10 100–12 500) och Västeuropa (9 540; 8 510–10 700). Enligt prognoserna kommer mer än 800 miljoner människor globalt att ha ländryggsbesvär år 2050.

Behandlingsalternativ: Behandlingen kan omfatta patientutbildning (till exempel om riskfaktorer, egenvård), farmakoterapi (till exempel icke-steroida antiinflammatoriska medel), motionsterapi, psykologisk terapi, interventionell smärtbehandling (till exempel injektioner), kirurgi, manuell terapi (till exempel massage), komplementär och alternativ medicin, termoterapi (till exempel värme) samt arbets- och social terapi.

Sannolik samsjuklighet: Muskuloskeletal smärta och dess relaterade funktionsnedsättning är ofta förknippad med smärta på flera ställen, fetma, psykiska störningar (till exempel depression) och sömnstörningar (exempelvis insomni).

“ Vittnesmål från en person med egen erfarenhet av smärta ”

- **Namn:** Anonym
- **Ålder:** 76
- **Nationalitet:** Rumänska
- **Namn på sjukdom/smärta:** Svår artros
- **Hur länge har du levt med ditt smärttillstånd och hur började det?** 15 år. Jag hade outhärdlig smärta runt rotulan (kulleden) i båda benen och utan smärtstillande kunde jag inte gå upp och ner för trappor. Smärtan förekom ibland även i liggande ställning.
- **Hur skulle du beskriva de smärtförnimmelser du upplever i samband med ditt smärttillstånd (till exempel brännande, stickande, domningar, värkande etc.)?** Stickande, värkande smärta när man går och/eller kliver nedför trappor och i liggande ställning stickningar följt av domningar.
- **Hur påverkar smärtan ditt dagliga liv?** Min livskvalitet försämrades ganska mycket. Från att ha varit en mycket energisk kvinna var jag tvungen att sakta ner till den grad att jag gick med käpp. Det gör mig olycklig och jag känner mycket ångest.
- **Hur hanterar och/eller behandlar du din smärta?** Med analgetika och under de senaste fyra åren injektioner i båda knäna. Jag vägrade att genomgå en operation för att byta ut mina knän på grund av rädsla.
- **Vilken är den största utmaningen du ställs inför när du lever med sjukdomen?** Rörlighet och stressfrihet.
- **Hur påverkar smärtan ditt humör och din psykiska hälsa?** Ja. Jag känner mig orolig, olycklig och saknar glädjen i mitt dagliga liv som jag hade tidigare.

Neuropatisk relaterad smärta och exempel

Vad är det? Neuropatisk smärta orsakas av en skada eller sjukdom i det somatosensoriska nervsystemet. Vanliga rapporterade symtom kan vara antingen lokaliserade eller refererande skottliknande, brännande eller stickande smärtor. Neuropatisk smärta kan vara central (till exempel efter stroke, MS) eller perifer (till exempel trigeminusneuralgi, diabetisk perifer neuropati, ryggsmärta, postoperativ smärta, postherpetisk smärta).

Prevalens: Neuropatisk smärta drabbar cirka 7–10% av befolkningen. För herpes zoster (bältros) är den nuvarande uppskattade livstidsrisken i Europa 23–30 %, med en rapporterad livstidsrisk för återfall på <5%. När det gäller postherpetisk neuralgi (kvarstående neuropatisk smärta efter herpes zoster) påverkas mellan 10 och 30 procent av patienterna, vilket ökar till 60–70 procent hos personer 60 år. När det gäller ischias (utstrålade smärta i benen orsakad av inflammation eller kompression av de lumbosakrala nervrötterna (L4–S1) som bildar ischiasnerven) varierar prevalensen mellan olika studier. I en primärvårdsstudie i Storbritannien (609 patienter) fick cirka 60% av patienterna med rygg- och bensmärter den kliniska diagnosen ischias. Fantomsmärta (smärtsamma förmimmelser som refereras till den frånvarande extremiteten) förekommer hos 50–80% av alla amputerade. När det gäller smärtsam diabetisk polyneuropati är prevalensen inte väl fastställd, men enligt tillgängliga data är förekomsten av smärta 10–20% hos patienter med diabetes och 40–50% hos dem med diabetisk neuropati. I en studie i Italien (816 patienter) hade 36% en diabetisk polyneuropati som förknippades med manligt kön, ålder och svårighetsgrad av diabetes.

Behandlingsalternativ: Behandlingsalternativen omfattar både farmakologiska och icke-farmakologiska metoder, såsom patientutbildning, stödjande utbildning, farmakoterapi, motionsterapi, psykologiska terapier, interventionell smärtbehandling, kirurgi, manuell terapi, hjälpmedel samt sociala och arbetsrelaterade terapier. Opioider ska reserveras för patienter som inte svarar på terapeutiska alternativ med lägre risk för biverkningar.

Förebyggande åtgärder: Herpes zoster-vaccinet kan ges för att förhindra förekomsten av postherpetisk neuralgi (nervsmärta som kvarstår efter att ett bältrosutbrott har läkt ut).

Sannolik samsjuklighet: Potentiella komorbiditeter vid neuropatisk smärta inkluderar depression, sömnstörningar och nedstämdhet eller ångest. Dessa samsjukligheter hindrar patienten från att njuta av livet genom att negativt påverka funktionsförmågan och livskvaliteten.

“ Vittnesmål från en person med egen erfarenhet av smärta ”

- **Namn:** Ruth Fitzmaurice
- **Ålder:** 52
- **Nationalitet:** Irländska
- **Namn på sjukdom/smärta:** Multipla smärttillstånd: Neuropatisk smärta, ryggmärgsbräck, skolios, irritabel tarm (IBS), endometrios och orofacial smärta.
- **Hur länge har du levt med ditt smärttillstånd och hur började det?** 38 år. Jag föddes med ryggmärgsbräck och opererades dagen därpå. Min smärta började vid 14 års ålder när jag började studera. Tyvärr har min smärta förvärrats sedan dess och är nu ett tillstånd som jag lever med på heltid.
- **Hur skulle du beskriva de smärtförmimmelser du upplever i samband med ditt smärttillstånd (till exempel brännande, stickande, domningar, värkande etc.)?** Min normala dagliga smärta beskriver jag som brännande och värkande. När jag upplever ett skov är det vanligtvis stickande och bultande.
- **Hur påverkar smärtan ditt dagliga liv?** När jag har blivit äldre har min smärta påverkat mitt liv mer och mer. Nu när jag är 52 år kan jag inte längre arbeta och mina aktiviteter styrs av mina smärtnivåer. Jag försöker gå på stranden varje dag, jag går till poolen för att göra fysioterapi vanligtvis två till tre gånger i veckan. Dessa två aktiviteter är konstanta i mitt liv, och allt utanför dessa dikteras av mina smärtnivåer.
- **Hur hanterar och/eller behandlar du din smärta?** Jag hanterar min smärta med en kombination av positivitet och mindfulness och så lite medicinering som jag kan hantera. Under årens lopp har jag tagit alla mediciner, till exempel opioidbaserade läkemedel, som kompletterats med antiinflammatoriska medel. Mitt personliga val var att sluta ta medicinen och det var vid den tidpunkten jag var tvungen att sluta arbeta. Det blev tyvärr en livskvalitetsfråga. Nu tar jag två tabletter varje dag. De är en kombination av antiinflammatoriskt och smärtstillande, och jag försöker klara mig med de två tabletterna eller inget. Positivitet och mindfulness spelar en väldigt stor roll i mitt liv och utan dem skulle jag börja ta mediciner igen.
- **Vilken är den största utmaningen du ställs inför när du lever med sjukdomen?** Rädsla för framtiden. Rädsla för det okända. Rädsla för hur illa mitt tillstånd kommer att bli.
- **Hur påverkar smärtan ditt humör och din psykiska hälsa?** Jag gör allt i min makt för att inte låta min smärta påverka mitt humör och min mentala hälsa. Jag gör allt för att se till att jag får en positiv bild av smärtan, oavsett om det är dag till dag eller ett skov.

Cancerrelaterad smärta

Vad är det? Cancerrelaterad smärta är smärta som orsakas av den primära cancern i sig eller av metastaser. Orsaker till cancerrelaterad smärta kan vara tumören själv eller inflammation eller eroderande ben, inälvor eller nerver från metastaser. Det kan också omfatta smärta kopplad till vävnads- eller nervskador som orsakats av cancerbehandlingar. Smärta hos canceröverlevare måste övervakas noga eftersom förändringar i smärtan kan vara tecken på återfall av den ursprungliga sjukdomen. Mycket cancerrelaterad smärta kan vara en följd av cancerbehandlingar som kirurgi, vilket kan leda till kronisk neuropatisk smärta, perifer neuropati orsakad av kemoterapi eller perifer neuropati orsakad av strålbehandling. När allt större del av patienterna lyckligtvis överlever cancer blir effekterna av cancerbehandlingen mer synliga.

Prevalens: Smärta är ett av de vanligaste symtomen för cancerpatienter vid diagnos. Cirka 30–40% av alla canceröverlevare lider av kronisk smärta. 1,7 miljoner europeiska cancerpatienter dör av sin cancer varje år, och av dessa kommer minst 66 procent att uppleva smärta före döden och 55 procent kommer att uppleva måttlig till svår smärta.

Behandlingsalternativ: Behandlingsalternativen omfattar farmakoterapi (till exempel enkel analgesi, icke-steroida antiinflammatoriska medel, opioider, antidepressiva medel, kortikosteroider, monoklonala antikroppar, strålbehandling, kemoterapi), utbildning, kirurgi, motionsterapi, psykologiska terapier (inklusive andligt stöd), interventionell smärtbehandling (till exempel nervblockader), arbets- och sociala terapier. Ibland kan det vara svårt att skilja mellan cancer- och smärtspecifika behandlingar. Strålbehandling kan till exempel vara botande eller smärtlindrande.

Sannolik samsjuklighet: Vid den kliniska bedömningen måste man skilja mellan cancersmärta, smärta vid cancerbehandling och smärta från samtidiga sjukdomstillstånd. Samsjuklighet som påverkar smärtan kan omfatta kronisk sjukdom, kirurgi, trauma, sinnesstämning, kognition, substansbrukssyndrom och medicinering.

“ Vittnesmål från en person med egen erfarenhet av smärta ”

- **Namn:** Ernesto Carreiro
- **Ålder:** 72
- **Državljanstvo:** Portugal
- **Namn på sjukdom/smärta:** Cancerrelaterad smärta
- **Hur länge har du levt med ditt smärttillstånd och hur började det?** 10 år. Det började innan jag fick min diagnos.
- **Hur skulle du beskriva de smärtförnimmelser du upplever i samband med ditt smärttillstånd (till exempel brännande, stickande, domningar, värkande etc.)?** Stickande.
- **Hur påverkar smärtan ditt dagliga liv?** Svaghet, äter mindre men med aptit, viktninskning, dålig sömn.
- **Hur hanterar och/eller behandlar du din smärta?** Orala läkemedel.
- **Vilken är den största utmaningen du ställs inför när du lever med sjukdomen?** Brist på vilja att utföra dagliga aktiviteter, förlorar styrkan att utföra mina dagliga aktiviteter.
- **Hur påverkar smärtan ditt humör och din psykiska hälsa?** Ja, frustration över att inte kunna utföra mina vardagssysslor.

Huvudvärk och orofacial smärta

Vad är det? Huvudvärk eller orofacial smärta definieras som huvudvärk eller smärta i mun eller ansikte. Kroniska symtom är sådana som förekommer i mer än två timmar per dag under minst 50% av dagarna under de senaste tre månaderna. Symtomen varierar från mild smärta och dysfunktion i käken som kan gå över med tiden, till kroniska tillstånd med svårbehandlad smärta och begränsningar i käkfunktionen som är allvarligt funktionsnedsättande.

Prevalens: Kronisk huvudvärk – huvudvärk som förekommer 15 eller fler dagar per månad under minst 3 månader – är en viktig orsak till smärta och funktionsnedsättning. Kronisk migrän drabbar cirka 1–4% av befolkningen och kronisk huvudvärk av spänningstyp cirka 2,2%. Cirka 25–50% av de drabbade har också huvudvärk orsakad av överkonsumtion av läkemedel, vilket har en prevalens i befolkningen på 1%. Temporomandibulär ledsmärta drabbar cirka 31% av alla vuxna och 11% av alla barn/ungdomar.

Behandlingsalternativ: Behandlingsalternativen omfattar patientutbildning, stödjande utbildning, farmakoterapi, interventionell behandling (till exempel injektion), motion, psykologisk terapi (till exempel avslappning, biofeedback), termoterapi, elektroterapi samt sociala och arbetsrelaterade terapier. Kirurgiska ingrepp kan också vara indicerade när icke-kirurgisk behandling visar sig vara ineffektiv.

Sannolik samsjuklighet: Högre frekvens av huvudvärk, allergier, depression, trötthet, degenerativ artrit, fibromyalgi, autoimmuna sjukdomar, sömnapné och gastrointestinala besvär var vanligt förekommande bland de drabbade.

“ Vittnesmål från en person med egen erfarenhet av smärta ”

- **Namn:** Anonym
- **Ålder:** 62
- **Nationalitet:** Belgisk
- **Namn på sjukdom/smärta:** Orofacial smärta.
- **Hur länge har du levt med ditt smärttillstånd och hur började det?** 3 år. Det började med en cysta mot näsbenet i området för tand 21–22 i överkäken. När cystan avlägsnades fanns bensador. Jag har levt med smärtproblemet i 3 år.
- **Hur skulle du beskriva de smärtförnimmelser du upplever i samband med ditt smärttillstånd (till exempel brännande, stickande, domningar, värkande etc.)?** Brännande smärta.
- **Hur påverkar smärtan ditt dagliga liv?** Konstant brännande smärta, men särskilt efter att ha ätit, druckit och så vidare.
- **Hur hanterar och/eller behandlar du din smärta?** Genom att borsta tänderna och skölja munnen efteråt med specialprodukter och ibland genom att ta antiinflammatorisk medicin.
- **Vilken är den största utmaningen du ställs inför när du lever med sjukdomen?** Att äta har blivit ett helvete för mig, jag kan inte längre känna smaken på maten.
- **Hur påverkar smärtan ditt humör och din psykiska hälsa?** Ej tillämpligt.

Postoperativ smärta

Vad är det? Smärta efter operation. Kronisk postoperativ smärta definieras som kronisk smärta som utvecklas eller ökar i intensitet efter ett kirurgiskt ingrepp eller en vävnadsskada och som kvarstår efter den förväntade läkningsprocessen. Patofysiologin för postoperativ smärta är unik och konsekvenserna är specifika för varje individ. Smärtan är ofta lokaliserad till operationsområdet eller refererad i dermatomala mönster och andra orsaker, till exempel redan befintliga tillstånd eller infektioner, måste uteslutas.

Prevalens: Den största europeiska prospektiva studien om detta ämne visar att cirka 10% av patienterna utvecklar kronisk postoperativ smärta efter operationen (med många skillnader mellan olika operationer). En annan studie visade att 40,4% rapporterade smärta tre månader eller mer efter operationen. Måttlig eller svår smärta rapporterades av 18,3% av personerna. Det finns stora skillnader i rapporteringen av kronisk postoperativ smärta och därför kan dessa siffror variera.

Behandlingsalternativ: Behandlingsalternativen inkluderar patientutbildning, stödjande utbildning, farmakoterapi, elektroterapi, motion och psykologiska terapier.

Sannolik samsjuklighet: Patienter med preoperativ kronisk smärta, särskilt vid operationsområdet, löper ökad risk att utveckla kronisk postoperativ smärta. Psykologiska riskfaktorer som psykologisk stress, ångest, katastroftänkande, nedsatt förmåga att hantera smärta, depression och hypervigilans bör också beaktas.

“ Vittnesmål från en person med egen erfarenhet av smärta ”

- **Namn:** Koert Hommel
- **Ålder:** 49
- **Nationalitet:** Nederländsk
- **Namn på sjukdom/smärta:** Ryggsmärta, misslyckad ryggkirurgi och neuropatisk smärta.
- **Hur länge har du levt med ditt smärttillstånd och hur började det?** 10 år. Jag fick ont i nedre delen av ryggen för första gången när jag studerade vid BUAS University 1993. Det var faktiskt inte min "rygg" som var det största problemet, utan den utstrålade smärtan i vänster ben. Under 2013 kom smärtan tillbaka och har inte försvunnit sedan dess.
- **Hur skulle du beskriva de smärteförnimmelser du upplever i samband med ditt smärttillstånd (till exempel brännande, stickande, domningar, värkande etc.)?** Smärtan jag upplever är värkande, ibland brännande, ibland stickande. Det varierar, men det rör sig aldrig runt i kroppen.
- **Hur påverkar smärtan ditt dagliga liv?** Den smärta jag upplever påverkar alla aspekter av livet. Naturligtvis varierar denna påverkan, men det påverkar mitt (volontär)arbete, hobbyer, relationer, familj, sport – allt förändras.
- **Hur hanterar och/eller behandlar du din smärta?** Efter att ha sökt efter en lång, utmattande behandling upptäckte jag det "multidisciplinära tillvägagångssättet vid kronisk smärta". Den insikten ledde till en förändring i mitt tankesätt. Nu ägnar jag mig åt en hel del volontärarbete och spelar piano.
- **Vilken är den största utmaningen du ställs inför när du lever med sjukdomen?** Att inte kunna lönearbeta, upprätthålla gränser (särskilt för mig själv), hantera hur min smärta påverkar andra, min egen otålighet med smärta.
- **Hur påverkar smärtan ditt humör och din psykiska hälsa?** JDet är klart att det gör. Att ha ont varje dag är jobbigt. Fysiskt, men säkerligen också mentalt. Den nyckfulla stämningen gör dig mentalt upprörd.

Visceral smärta

Vad är det? Smärta från inre bröstkorgs-, bäcken- eller bukorgan. Den aktuella placeringen av smärtan kan sammanfalla med typiska referensmönster från inre organ.

Prevalens: Kronisk visceral smärta utgör en betydande del av alla former av kronisk smärta, vilket framgår av epidemiologiska studier. Upp till 25% av befolkningen rapporterar visceral smärta vid något tillfälle, vilket leder till betydande sjukvårdskostnader.

Behandlingsalternativ: Behandlingsalternativen omfattar patientutbildning (exempelvis om kost och livsstil), stödjande utbildning, farmakoterapi, motion (till exempel stretching), manuell terapi (såsom massage), interventionella metoder (till exempel neuromodulering och nervblockader), psykologiska terapier (till exempel kognitiv beteendeterapi) och kirurgi.

Sannolik samsjuklighet: Fibromyalgi är i hög grad komorbid med flera visceral smärttillstånd. Det är även troligt att patienten har flera olika visceral smärtsyndrom eller kronisk visceral smärta och andra kroniska smärtsyndrom som inte är kopplade till inälvorna.

“ Vittnesmål från en person med egen erfarenhet av smärta ”

- **Namn:** Anonym
- **Ålder:** 40
- **Nationalitet:** Irländska
- **Namn på sjukdom/smärta:** Endometrios
- **Hur länge har du levt med ditt smärttillstånd och hur började det?** 19 år. Det började gradvis och symtomen intensifierades under ett antal månader tills jag behövde akut sjukhusvård för misstänkt blindtarmsinflammation som visade sig vara torsion av äggstockarna på grund av endometrios och PCOS.
- **Hur skulle du beskriva de smärtförnimmelser du upplever i samband med ditt smärttillstånd (till exempel brännande, stickande, domningar, värkande etc.)?** Som brännande, skarp och svår smärta.
- **Hur påverkar smärtan ditt dagliga liv?** De flesta dagar klarar jag det, men det finns tre dagar per månad då jag inte kan fungera eller lämna huset.
- **Hur hanterar och/eller behandlar du din smärta?** Värmedynor, smärtstillande läkemedel, zonterapi, kinesiologi, kraniosakral terapi.
- **Vilken är den största utmaningen du ställs inför när du lever med sjukdomen?** Jag kan inte planera mitt liv alls och oroar mig ständigt för vilka planer jag realistiskt sett kan göra om endometriosen blossar upp och jag måste stänga in mig hemma.
- **Hur påverkar smärtan ditt humör och din psykiska hälsa?** Ibland är det mycket demoraliserande att vara så begränsad, och deprimerande att gå miste om livshändelser och aktiviteter när endometriosen blossar upp.

Funktionella smärttillstånd

Vad är det? Funktionella smärttillstånd (eller icke-specifika funktionella somatoforma störningar) kan betecknas som besvär som inte kan kategoriseras som tillhörande en specifik sjukdom som påverkar ett organ eller organsystem och som kvarstår i minst 6 månader. Vanliga exempel är irritable tarm (IBS, en funktionell gastrointestinal störning som kännetecknas av återkommande buksmärtor i samband med förändringar i avföringsfrekvens och -form, utan någon erkänd underliggande patologisk eller organisk etiologi) och temporomandibulär dysfunktion (TMD, en grupp kliniska tillstånd som involverar tuggmuskler, käkled eller båda).

Prevalens: IBS drabbar upp till 18% av alla vuxna i västvärlden, främst kvinnor, särskilt bland dem som söker vård. Den totala prevalensen av TMD uppskattas till 31% för vuxna/äldre och 11% för barn/ungdomar, där den vanligaste TMD är dislokation av käkledsdisk med reduktion (ca 41% hos personer med TMD), jämfört med utan reduktion.

Behandlingsalternativ: Behandlingsalternativen omfattar patientutbildning (om riskfaktorer), stödjande utbildning, farmakoterapi, psykologiska terapier (till exempel stresshantering, avslappning, kognitiv beteendeterapi), motionsterapi, elektroterapi, termoterapi, manuell terapi samt sociala och arbetsrelaterade terapier.

Sannolik samsjuklighet: Vissa tillstånd som förknippas med IBS inkluderar gastrointestinala störningar, såsom funktionell dyspepsi, gastroesofageal refluxsjukdom, funktionell förstoppning i kombination med fibromyalgi, kroniskt trötthetssyndrom och kronisk bäckensmärta. Exempel på komorbiditeter relaterade till TMD inkluderar, men är inte begränsade till, fibromyalgi, systemisk ledhypermobilitet, juvenil idiopatisk artrit, tinnitus, posttraumatiskt stressyndrom, systemisk osteoartrit, trigeminusneuralgi, atypisk ansiktssmärta och migrän.

“ Vittnesmål från en person med egen erfarenhet av smärta ”

- **Namn:** Kaat Cleenewerck
- **Ålder:** 57
- **Nationalitet:** Belgisk
- **Namn på sjukdom/smärta:** Multipla smärttillstånd: Irritable tarm (IBS), ländryggssmärta och ischiassmärta.
- **Hur länge har du levt med ditt smärttillstånd och hur började det?** Ländryggssmärta och IBS: 25 år; neuropatisk smärta: 12 år; och ischiassmärta: 2 år.
- **Hur skulle du beskriva de smärtförnimmelser du upplever i samband med ditt smärttillstånd (till exempel brännande, stickande, domningar, värkande etc.)?** En kombination av värkande, huggande och stickande känsla.
- **Hur påverkar smärtan ditt dagliga liv?** Det är ett osynligt handikapp som gör att man inte kan utföra vanliga dagliga aktiviteter och saker man gör för nöjes skull. Kronisk smärta är väldigt utmattande. På eftermiddagen är jag väldigt trött och kan inte längre utföra några fysiska aktiviteter.
- **Hur hanterar och/eller behandlar du din smärta?** Allt jag och vårdgivarna kan komma på: att hålla mig aktiv trots den svåra smärtan, vilket innebär dagliga promenader och/eller att göra ärenden/lätt hushållsarbete; dagliga stretchövningar och lätt yoga, fysioterapi, akupunktur med torr nål, akupunktur, massagebehandlingar (när jag har råd) på smärtkliniken: infiltrationer, radiofrekvens (nervdenervering); medicinering: (medel)starka smärtstillande medel; på senare tid: medicinsk cannabis (vilket är otroligt hjälpsamt).
- **Vilken är den största utmaningen du ställs inför när du lever med sjukdomen?** Jag har levt ensam större delen av mitt vuxna liv och därför måste jag bära den kroniska smärtan ensam varje dag, eftersom jag inte har något stöd från min familj och knappt från vänner. Finansiella utmaningar eftersom de så kallade "alternativa lösningarna" är ganska dyra. Detta medför också en extra stress. Enbart professionellt stöd (lyckligtvis mycket bra). Även med dem känner jag ofta att de "underskattar" smärtnivån som jag hanterar.
- **Hur påverkar smärtan ditt humör och din psykiska hälsa?** Enormt! Eftersom jag är en ganska psykiskt sårbar person (sedan tonåren) har kronisk smärta en mycket stor inverkan på min mentala hälsa. Ensamheten är tung och ibland kan den vara fruktansvärd. Att leva med kronisk smärta kan utlösa min kroniska depression och göra den mycket närvarande under vissa perioder. Tidigare bidrog smärtan (bland många andra problem) till ett alkoholberoende som jag, som tur är, har lyckats övervinna. Det har haft en stor inverkan på min psykiska hälsa.

Långvarig generaliserad smärta

Vad är det? Långvarig generaliserad smärta är smärta som förekommer diffust i minst 4 av de 5 kroppsregionerna och i minst 3 kroppskvadranter (övre-nedre-vänstra-högra delen av kroppen) och axialskelett (nacke, rygg, bröst och buk). Den kategoriseras vanligen som muskuloskeletal smärta. Symtom kan inkludera smärta som varat i minst tre månader tillsammans med tecken på funktionsnedsättning eller känslomässiga besvär. Ett vanligt exempel på detta är fibromyalgi, en sjukdom som kännetecknas av långvarig generaliserad smärta, sömnproblem (inklusive icke uppfriskande sömn), fysisk utmattnings och kognitiva svårigheter.

Prevalens: Förekomsten av personer som rapporterar symtom på fibromyalgi är mellan 2% och 4% i den allmänna befolkningen, men antalet personer som diagnostiseras med tillståndet är betydligt lägre. Detta beror på att diagnostiska etiketter relaterade till långvarig generaliserad smärta är mycket omstridda och att konsensus om diagnostiska kriterier och etiketter ännu inte har uppnåtts.

Behandlingsalternativ: Behandlingarna omfattar patientutbildning, stödjande utbildning, farmakoterapi, motionsterapi, psykologiska terapier, manuella terapier, termoterapi, elektroterapi, sociala och arbetsrelaterade terapier.

Sannolik samsjuklighet: Det är svårt att fastställa vad som orsakar detta tillstånd, men några bidragande faktorer kan vara fetma, diabetes, depression, ångest, huvudvärk, irritabel tarm, kroniskt trötthetssyndrom, systemisk lupus erythematosus och reumatoid artrit.

“ Vittnesmål från en person med egen erfarenhet av smärta ”

- **Namn:** Tristan Vandepuuten
- **Ålder:** 27
- **Nationalitet:** Belgisk
- **Namn på sjukdom/smärta:** Fibromyalgi och dystoni
- **Hur länge har du levt med ditt smärttillstånd och hur började det?** 11 år. Det började med en influensa vid en stressig tidpunkt. Jag lever fortfarande med smärtan. Varje dag. Efter tre år och många läkarbesök diagnostiserades jag med dystoni, kronisk smärta.
- **Hur skulle du beskriva de smärtförnimmelser du upplever i samband med ditt smärttillstånd (till exempel brännande, stickande, domningar, värkande etc.)?** Som om jag dras inifrån och ut, hela tiden.
- **Hur påverkar smärtan ditt dagliga liv?** Jag överlever knappt, jag har en progressiv sjukdom.
- **Hur hanterar och/eller behandlar du din smärta?** Jag hanterar den inte särskilt bra. Att spela musik och gitarr ger mig lite tröst. Bobath-behandling, avslappning, andningsterapi, varma bad, promenader, lyssna på ljudböcker, infraröd bastu och läkemedel såsom lokalbedövningsmedel, opioider och antidepressiva medel.
- **Vilken är den största utmaningen du ställs inför när du lever med sjukdomen?** Att göra enkla saker.
- **Hur påverkar smärtan ditt humör och din psykiska hälsa?** Isolering, att inte kunna leva ett normalt liv och att känna att det inte finns någon framtid eftersom det inte finns mycket stöd i form av brist på forskning.

Komplext regionalt smärtsyndrom, typ I och II

Vad är det? Komplex regionalt smärtsyndrom (CRPS) är ett smärtsamt tillstånd som påverkar en extremitet och som är förknippat med sensoriska, motoriska, autonoma, hud- och benavvikelser. Symtomen kan se olika ut hos olika personer. Benavvikelser inkluderar lokal osteoporos i delar av den påverkade extremiteten, som vanligtvis försvinner spontant. Hudavvikelser omfattar reversibla förändringar i hudens struktur eller utseende, till exempel kan huden verka tunn eller glänsande. I nästan alla fall utlöses CRPS av ett trauma mot en extremitet. CRPS kan uppkomma även efter mycket små skador. I 7% av fallen finns det ingen skada och CRPS uppstår spontant.

CRPS drabbar både män och kvinnor, men kvinnor drabbas oftare. Det kan drabba människor i alla åldrar, även barn, men drabbar oftast kvinnor eller män över 40 år. Det kan finnas två olika typer av detta tillstånd, vilka till en början ser likadana ut.

(a) Cirka 80% av patienterna har en god prognos. Deras tillstånd kommer att bli bättre. Denna typ av CRPS kan orsakas av inflammation i den drabbade extremiteten.

(b) Hos cirka 20% av patienterna kommer smärtan att kvarstå. Det innebär att deras smärta inte blir mycket bättre, oavsett vad vi/de gör. Nya rön tyder på att tillståndet hos dessa patienter kan orsakas av en autoimmun reaktion. För tydlighetens skull hänvisar CRPS "typ 1" eller "typ 2" i litteraturen till CRPS utan skada på huvudnerven (typ 1) eller med skada på en sådan nerv (typ 2, detta är sällsynt). Ny forskning har visat att denna klassificering inte bidrar särskilt mycket till vetenskaplig förståelse eller klinisk praxis, och behandlingen av dessa två "typer" är ganska likartad. Detta skiljer sig från de två typerna (a) och (b) som diskuteras ovan.

Prevalens: I den allmänna befolkningen kommer 20–26 personer av 100 000 att utveckla CRPS per år. Prevalensen av CRPS är svår att fastställa, men det förekommer akut hos cirka 7% av patienterna som drabbas av frakturer, operationer eller andra händelser som stukningar och elektiva ingrepp.

Behandlingsalternativ: Behandlingsalternativen omfattar patientutbildning, stödjande utbildning, farmakoterapi, motionsterapi, psykologisk terapi (till exempel graderade motoriska bilder, spegelträning), interventionell behandling, terapier för att förbättra blodflödet inklusive termoterapi och elektroterapi, sociala och arbetsrelaterade terapier. Gradvis utökad träning bidrar i synnerhet till att i) minska svårighetsgraden av CRPS, ii)

förkorta varaktigheten av denna typ av CRPS, iii) minimera kvarstående problem och iv) när den tillämpas mycket tidigt efter ett trauma kan den förhindra att denna typ av CRPS uppstår. Det kan vara nödvändigt att uppmuntra till medveten uppmärksamhet på extremiteten genom att uppmuntra till att titta, tänka, röra och återkoppla till extremiteten före varje rörelse. Spegel kan användas för att markera och korrigera rörelsekontroll.

Sannolik samsjuklighet: Emotionella faktorer relaterade till CRPS kan ha en större inverkan på smärtintensiteten än vid smärttillstånd som inte är relaterade till CRPS, därför är det viktigt att ta hänsyn till förekomsten av psykologisk samsjuklighet.

“ Vittnesmål från en person med egen erfarenhet av smärta ”

- **Namn:** Juergen Werner
- **Ålder:** 56
- **Nationalitet:** Tysk
- **Namn på sjukdom/smärta:** Kroniskt regionalt smärtsyndrom typ II.
- **Hur länge har du levt med ditt smärttillstånd och hur började det?** Sedan 2021. Det började efter en karpaltunneloperation.
- **Hur skulle du beskriva de smärtförnimmelser du upplever i samband med ditt smärttillstånd (till exempel brännande, stickande, domningar, värkande etc.)?** Jag har en konstant vibration i handleden och en brännande, stickande känsla i underarmen dygnet runt.
- **Hur påverkar smärtan ditt dagliga liv?** Det begränsar mig varje dag eftersom det aldrig upphör och det är även svårt att meditera eller något liknande eftersom det alltid är närvarande.
- **Hur hanterar och/eller behandlar du din smärta?** Det är svårt att distrahera sig. Du lär dig att låtsas och dölja allt. Men det förstör på lång sikt.
- **Vilken är den största utmaningen du ställs inför när du lever med sjukdomen?** Det är svårt att klara vardagen. Att koncentrera sig längre än 30 minuter är nästan omöjligt. Människor drar sig också undan från större evenemang.
- **Hur påverkar smärtan ditt humör och din psykiska hälsa?** Det är svårt att koncentrera sig under längre perioder och som människa tappar man glädjen och glömmar bort att skratta. Jag är inte längre samma person som jag var före sjukdomen. Man tappar hoppet eftersom man behandlas som en patient överallt och alla säger att sjukdomen är outforskad.

Slutsatser och rekommendationer

Genom dessa exempel på vanliga typer av smärta och vittnesmål hoppas vi kunna ge en förståelse för mångfalden och de gemensamma nämnarna för smärta. För den som inte är vetenskapsman och kommer i kontakt med smärta för första gången kan en undersökning av tillstånd som ländryggssmärta, cancersmärta och postoperativ smärta kanske kasta ljus över något som tidigare har ignorerats eller missförstått. Även om smärttillstånd varierar i fråga om patologi och hur de upplevs, är en faktor som ofta förenar dem den bristande uppmärksamhet de får inom hälso- och sjukvårdssystemet och inom politiska ramverk. Plattformen Societal Impact of Pain syftar till att ändra på detta genom att öka medvetenheten om smärta och vilja att förändra smärtpolitiken.

Plattformen Societal Impact of Pain (SIP) uppmanar beslutsfattare på EU-nivå och nationell nivå att:

1

Erkänna smärtans börda och effekt på samhällen och patienter, och öka dess prioritet inom hälso- och sjukvårdssystem, finansiering och beslutsfattande.

2

Säkerställa ett effektivt genomförande av ICD-11, eftersom dess användning möjliggör en internationell överenskommelse om användningen av standardiserade diagnoser och verktyg samt förbättrar insamlingen av uppgifter för både primär och sekundär användning.

3

Se till att patientregister upprättas och används ofta, eftersom det kommer att förbättra förståelsen av smärta och smärtlindring samt smärtbehandling.

4

Smärta som kvalitetsindikator: Utveckla instrument för att utvärdera effekterna av smärta.

5

Smärtforskning: Öka investeringarna i forskning för att bättre förstå orsakerna (patofysiologin) till olika smärttillstånd, utveckla nya smärtbehandlingar, förstå och hantera samsjuklighet mellan smärta och psykisk ohälsa, öka utvecklingen och användningen av patientrapporterade resultatmått för alla smärttillstånd, fastställa en gyllene standard för självhanteringsprogram samt öka tillgången till vård av hög kvalitet.

6

Smärta vid anställning: Ta initiativ till strategier för att ta itu med smärtans inverkan på sysselsättning och arbetsproduktivitet och inkludera smärta i relevanta befintliga initiativ.

7

Utbildning om smärta: Prioritera smärtutbildning för vårdpersonal, patienter, beslutsfattare och allmänheten.

8

Informationsteknik för smärta: Utveckling av interoperabla digitala hälsoekosystem med tillgängliga digitala lösningar för smärtutvärdering, övervakning och hantering (appar, onlineresurser med mera) samt rättsliga och regulatoriska ramar för datadelning.

Om plattformen SIP (Societal Impact of Pain)

Plattformen "Societal Impact of Pain" (SIP) är ett partnerskap mellan flera intressenter som leds av den europeiska smärtfederationen EFIC och Pain Alliance Europe (PAE), och som syftar till att öka medvetenheten om smärta och förändra smärtpolitiken.

Plattformen ger möjligheter till diskussion för vårdpersonal, smärtorganisationer, politiker, sjukförsäkringsbolag, representanter för hälsovårdsmyndigheter, tillsynsmyndigheter och budgetansvariga.

EFIC ansvarar för den vetenskapliga ramen för plattformen SIP och projektets strategiska inriktning fastställs av båda parter. Läkemedelsföretagen Grünenthal GmbH och GSK är huvudsponsorer för plattformen SIP (Societal Impact of Pain).

För ytterligare information, kontakta

Ángela Cano Palomares, projektledare, Societal Impact of Pain (SIP) Europe, vid European Pain Federation EFIC - angela.palomares@efic.org.

Deirdre Ryan, ordförande, Pain Alliance Europe - president@pae-eu.eu.

Ansvarsfriskrivning

Societal Impact of Pain (SIP) stöder inte några behandlingsalternativ som nämns i detta dokument. Informationen är inte avsedd att ersätta personlig kontakt med en kvalificerad läkare och är inte avsedd som medicinsk rådgivning. Bevisbok om smärtpåbud innehåller allmän information och diskussioner om smärta. Informationen och annat innehåll som tillhandahålls, eller i något länkat material, är inte avsedd som och ska inte tolkas som medicinsk rådgivning, och informationen ersätter inte heller professionell medicinsk expertis eller behandling.

Patientberättelserna som förekommer i detta dokument har samlats in via e-post från Pain Alliance Europes medlemskontakter. De är individuella erfarenheter från verkliga livet från personer som har valt att bidra till bevisboken om smärtpåbud. Vittnesmålen är inte nödvändigtvis representativa för alla personer som upplever smärta, och många fler erfarenheter kan ges, även om de inte samlas i detta dokument.

De vittnesmål som visas är ordagrant återgivna med undantag för korrigerande av eventuella grammatiska fel eller skrivfel. Vissa berättelser har förkortats. Detta görs endast när ett vittnesmål är för långt, eller om hela vittnesmålet inte verkade relevant för allmänheten.

Författarna

(I alfabetisk ordning)

Angela Cano Palomares; European Pain Federation EFIC; Societal Impact of Pain (SIP) Platform, Brussels, Belgium.

Deirdre Ryan; Pain Alliance Europe PAE, Brussels, Belgium.

Joanne O'Brien Kelly; European Pain Federation EFIC, Brussels, Belgium; Department of Pain Management, Beaumont Hospital, Dublin, Ireland; RCSI, Dublin Ireland.

Ketan Kumar Bhatt; European Pain Federation EFIC; Societal Impact of Pain (SIP) Platform, Brussels, Belgium.

Luis García-Larrea; European Pain Federation EFIC, Brussels, Belgium; European Journal of Pain; NeuroPain Lab – Central Integration of Pain in Humans; Lyon Centre for Neuroscience – Inserm; Hôpital de Valence (Drôme), France.

Mary O'Keeffe; School of Public Health, Physiotherapy and Sports Science, University College Dublin, Dublin, Ireland.

Nathaniel Skidmore; Centre for Rehabilitation, School of Health & Life Sciences, Teesside University, Middlesbrough, UK.

Patrice Forget; Institute of Applied Health Sciences, Epidemiology Group, School of Medicine, Medical Sciences and Nutrition, University of Aberdeen, Aberdeen, UK, Department of Anaesthesia, NHS Grampian, Aberdeen, UK.

Sam Kynman; European Pain Federation EFIC; Societal Impact of Pain (SIP) Platform, Brussels, Belgium.

Medarbetare:

Representanter för plattformarna Societal Impact of Pain (SIP) (i alfabetisk ordning)

André Ljutow

André Mouraux

André Wolff

Anna B. Sellius

Anna Kiernan

Anna Server

Carina Raposo

Eddy Claes

Ellen Gepts

Françoise Launois

Gertrude Buttigieg

Gisèle Pickering

Gunilla Goran

Iben Rohde

Ilona Thomassen

Isabel Pireza

Ivone Machado

Joanna Vicente

Lars Bye Moeller

Liisa Jutila

Maria Luz Padilla del Rey

Maria Madariaga

Maria Teresa Flor de Lima

Marja Kinnunen

Martina Phelan

Mateja Krzan

Miren Revuelta

Monica Rebelo

Monika Löfgren

Nevenka Skvarc

Paulin Andréll

Sanne Lydo

Resurser:

1. Aziz Q, Giamberardino MA, Barke A, Korwisi B, Baranowski AP, Wesselmann U, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary visceral pain: Chronic secondary visceral pain. *Pain* [Internet]. 2019;160(1):69-76. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001362>
2. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of internal medicine*. 2003 Nov 10;163(20):2433-45.
3. Bender JL, Hohenadel J, Wong J, Katz J, Ferris LE, Shobbrook C, et al. What patients with cancer want to know about pain: a qualitative study. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2008;35(2):177-87. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.03.011>
4. Bennett MI, Eisenberg E, Ahmedzai SH, Bhaskar A, O'Brien T, Mercadante S, et al. Standards for the management of cancer-related pain across Europe-A position paper from the EFIC Task Force on Cancer Pain. *Eur J Pain* [Internet]. 2019;23(4):660-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/ejp.1346>
5. Bennett MI, Eisenberg E, Ahmedzai SH, Bhaskar A, O'Brien T, Mercadante S, et al. Standards for the management of cancer-related pain across Europe-A position paper from the EFIC Task Force on Cancer Pain. *Eur J Pain* [Internet]. 2019;23(4):660-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/ejp.1346>
6. Bennett MI, Kaasa S, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede R-D, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic cancer-related pain: Chronic cancer-related pain. *Pain* [Internet]. 2019;160(1):38-44. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001363>
7. Bennett MI. Mechanism-based cancer-pain therapy. *Pain* [Internet]. 2017;158(1):S74-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000825>
8. Boland EG, Ahmedzai SH. Persistent pain in cancer survivors. *Curr Opin Support Palliat Care* [Internet]. 2017;11(3):181-90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/spc.0000000000000292>
9. Bondesson E, Larrosa Pardo F, Stigmar K, Ringqvist Å, Petersson IF, Jöud A, Schelin ME. Comorbidity between pain and mental illness-evidence of a bidirectional relationship. *European Journal of Pain*. 2018 Aug;22(7):1304-11.
10. Breivik H, Cherny N, Collett B, de Conno F, Filbet M, Foubert AJ, et al. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Ann Oncol* [Internet]. 2009;20(8):1420-33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdp001>
11. Bruhl S. Complex regional pain syndrome. *BMJ* [Internet]. 2015;351:h2730. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h2730>
12. Buse DC, Manack AN, Fanning KM, Serrano D, Reed ML, Turkel CC, et al. Chronic migraine prevalence, disability, and sociodemographic factors: results from the American Migraine Prevalence and Prevention Study. *Headache* [Internet]. 2012;52(10):1456-70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1526-4610.2012.02223.x>
13. Butler S, Landmark T, Glette M, Borchgrevink P, Woodhouse A. Chronic widespread pain-the need for a standard definition. *Pain* [Internet]. 2016;157(3):541-3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000417>
14. Carville S, Padhi S, Reason T, Underwood M, on behalf of the Guideline Development Group. Diagnosis and management of headaches in young people and adults: summary of NICE guidance. *BMJ* [Internet]. 2012;345(sep19 1):e5765-e5765. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e5765>
15. Chapman CR, Vierck CJ. The transition of acute postoperative pain to chronic pain: An integrative overview of research on mechanisms. *J Pain* [Internet]. 2017;18(4):359.e1-359.e38. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2016.11.004>
16. Choung RS, Locke GR 3rd. Epidemiology of IBS. *Gastroenterol Clin North Am* [Internet]. 2011;40(1):1-10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gtc.2010.12.006>
17. Classification of Chronic Pain, Second Edition (Revised) [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). International Association for the Study of Pain; 2021 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/publications/free-ebooks/classification-of-chronic-pain-second-edition-revised/>
18. Clauw DJ. Fibromyalgia and related conditions. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2015;90(5):680-92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.03.014>
19. corporate-body. RTD:Directorate-General for Research, Innovation. Scoping study on evidence to tackle high-burden under-researched medical conditions: Discussion paper. Publications Office of the European Union; 2023.
20. Cui C-X, Liu H-Y, Yue N, Du Y-R, Che L-M, Yu J-S. Research progress on the mechanism of chronic neuropathic pain. *IBRO Neurosci Rep* [Internet]. 2023;14:80-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ibneur.2022.12.007>
21. De Heer EW, Ten Have M, Van Marwijk HW, Dekker J, De Graaf R, Beekman AT, Van Der Feltz-Cornelis CM. Pain as a risk factor for common mental disorders. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2: a longitudinal, population-based study. *Pain*. 2018 Apr 1;159(4):712-8.
22. de Mos M, de Bruijn AGJ, Huygen FJPM, Dieleman JP, Stricker BHC, Sturkenboom MCJM. The incidence of complex regional pain syndrome: a population-based study. *Pain* [Internet]. 2007;129(1-2):12-20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2006.09.008>
23. De Ruddere L, Craig KD. Understanding stigma and chronic pain: a state-of-the-art review. *Pain* [Internet]. 2016;157(8):1607-10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000512>
24. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *gastroenterology*. Apr. 2006;130:1377-90.
25. Eccleston C, Wells C, Morlion B, editors. *European Pain Management*. London: Oxford University Press; 2017.
26. Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, Sharma M, Ripamonti CI. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*. 2018 Oct 1;29:iv166-91.
27. Ferreira ML, De Luca K, Haile LM, Steinmetz JD, Culbreth GT, Cross M, et al. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990-2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Rheumatology*. 2023;5:e316-329
28. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, McNicol E, Baron R, Dworkin RH, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol* [Internet]. 2015;14(2):162-73. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70251-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70251-0)
29. Fitzcharles M-A, Cohen SP, Clauw DJ, Littlejohn G, Usui C, Häuser W. Nociceptive pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. *Lancet* [Internet]. 2021;397(10289):2098-110. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00392-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00392-5)
30. Flor H. Phantom-limb pain: characteristics, causes, and treatment. *Lancet Neurol* [Internet]. 2002;1(3):182-9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(02\)00074-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(02)00074-1)
31. Gibbins J, Bhatia R, Forbes K, Reid CM. What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study. *Palliat Med* [Internet]. 2014;28(1):71-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/0269216313486310>
32. Glare P, Aubrey KR, Myles PS. Transition from acute to chronic pain after surgery. *Lancet* [Internet]. 2019;393(10180):1537-46. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30352-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30352-6)
33. Govaerts R, Tassignon B, Ghillebert J, et al. Prevalence and incidence of work-related musculoskeletal disorders in secondary industries of 21st century Europe: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord* 22, 751 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12891-021-04615-9>
34. Graf N, Geißler K, Meißner W, Guntinas-Lichius O. A prospective cohort register-based study of chronic postsurgical pain and long-term use of pain medication after otorhinolaryngological surgery. *Sci Rep* [Internet]. 2021;11(1):5215. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-021-84788-4>
35. Gylfadottir SS, Christensen DH, Nicolaisen SK, et al. Diabetic polyneuropathy and pain, prevalence, and patient characteristics: a cross-sectional questionnaire study of 5,514 patients with recently diagnosed type 2 diabetes. *Pain*. 2020;161(3):574-583. doi:10.1097/j.pain.0000000000001744

36. Harden RN, Oaklander AL, Burton AW, Perez RSGM, Richardson K, Swan M, et al. Complex regional pain syndrome: practical diagnostic and treatment guidelines, 4th edition. *Pain Med* [Internet]. 2013;14(2):180–229. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/pme.12033>
37. Hart RP, Wade JB, Martelli MF. Cognitive impairment in patients with chronic pain: The significance of stress. *Curr Pain Headache Rep* [Internet]. 2003;7(2):116–26. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11916-003-0021-5>
38. Häuser W, Ablin J, Fitzcharles M-A, Littlejohn G, Luciano JV, Usui C, et al. Fibromyalgia. *Nat Rev Dis Primers* [Internet]. 2015;1(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/nrdp.2015.22>
39. Henschke N, Kamper SJ, Maher CG. The epidemiology and economic consequences of pain. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2015;90(1):139–47. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.09.010>
40. Hoffmann RG, Kotchen JM, Kotchen TA, Cowley T, Dasgupta M, Cowley AW. Temporomandibular disorders and associated clinical comorbidities. *Clin J Pain* [Internet]. 2011;27(3):268–74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/ajp.0b013e31820215f5>
41. Hoy D, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Bain C, Williams G, Smith E, Vos T, Barendregt J, Murray C. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Annals of the rheumatic diseases*. 2014 Jun 1;73(6):968–74.
42. IASP announces revised definition of pain [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). International Association for the Study of Pain; 2020 [cited 2023 Nov 15]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
43. ICD-11 [Internet]. Who.int. [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://icd.who.int/en/>
44. Jensen RK, Kongsted A, Kjaer P, Koes B. Diagnosis and treatment of sciatica. *BMJ* [Internet]. 2019;16273. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.l6273>
45. Johansen A, Romundstad L, Nielsen CS, Schirmer H, Stubhaug A. Persistent postsurgical pain in a general population: Prevalence and predictors in the Tromsø study. *Pain* [Internet]. 2012;153(7):1390–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2012.02.018>
46. Kapos FP, Exposto FG, Oyarzo JF, Durham J. Temporomandibular disorders: a review of current concepts in aetiology, diagnosis and management. *Oral Surg* [Internet]. 2020;13(4):321–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/ors.12473>
47. Kim DJ, Mirmina J, Narine S, Wachtel J, Carbajal JM, Fox H, Cáceda R. Altered physical pain processing in different psychiatric conditions. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2022 Feb 1;133:104510.
48. Kingsbury SR, Gross HJ, Isherwood G, Conaghan PG. Osteoarthritis in Europe: impact on health status, work productivity and use of pharmacotherapies in five European countries. *Rheumatology (Oxford)* [Internet]. 2014;53(5):937–47. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/ket463>
49. Kohrt BA, Griffith JL, Patel V. Chronic pain and mental health: integrated solutions for global problems. *Pain*. 2018 Sep;159(Suppl 1):S85.
50. Konstantinou K, Dunn KM, Ogollah R, Vogel S, Hay EM. the ATLAS study research team. Characteristics of patients with low back and leg pain seeking treatment in primary care: baseline results from the ATLAS cohort study. *BMC musculoskeletal disorders*. 2015;16:1–1.
51. Lu SR, Fuh JL, Chen WT, Juang KD, Wang SJ. Chronic daily headache in Taipei, Taiwan: prevalence, follow-up and outcome predictors. *Cephalalgia* [Internet]. 2001;21(10):980–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1468-2982.2001.00294.x>
52. Maixner W, Fillingim RB, Williams DA, Smith SB, Slade GD. Overlapping Chronic Pain Conditions: Implications for Diagnosis and Classification. *J Pain*. 2016;17(9 Suppl):T93–T107. doi:10.1016/j.jpain.2016.06.002
53. Maixner W, Fillingim RB, Williams DA, Smith SB, Slade GD. Overlapping chronic pain conditions: Implications for diagnosis and classification. *J Pain* [Internet]. 2016;17(9):T93–107. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2016.06.002>
54. Mäntyselkä PT, Kumpusalo EA, Ahonen RS, Takala JK. Direct and indirect costs of managing patients with musculoskeletal pain-challenge for health care. *Eur J Pain* [Internet]. 2002;6(2):141–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/eujp.2001.0311>
55. Marinus J, Moseley GL, Birklein F, Baron R, Maihöfner C, Kingery WS, et al. Clinical features and pathophysiology of complex regional pain syndrome. *Lancet Neurol* [Internet]. 2011;10(7):637–48. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(11\)70106-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(11)70106-5)
56. Measuring pain in the clinic [Internet]. European Pain Federation. 2022 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://europeanpainfederation.eu/measuring-pain-in-the-clinic/>
57. Mick G, Hans G. Postherpetic neuralgia in Europe: the scale of the problem and outlook for the future. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*. 2013 Dec 1;4(4):102–8.
58. Mick G, Hans G. Postherpetic neuralgia in Europe: The scale of the problem and outlook for the future. *J Clin Gerontol Geriatr* [Internet]. 2013;4(4):102–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcgg.2013.03.001>
59. Mitsikostas D-D, Moka E, Orrillo E, Aurilio C, Vadalouca A, Paladini A, et al. Neuropathic pain in neurologic disorders: A narrative review. *Cureus* [Internet]. 2022; Available from: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.22419>
60. Musculoskeletal health [Internet]. Who.int. [cited 2023 Dec 4]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
61. Musculoskeletal health [Internet]. Who.int. [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
62. Natoli JL, Manack A, Dean B, Butler Q, Turkel CC, Stovner L, et al. Global prevalence of chronic migraine: a systematic review. *Cephalalgia* [Internet]. 2010;30(5):599–609. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-2982.2009.01941.x>
63. Nicholas M, Vlaeyen JWS, Rief W, Barke A, Aziz Q, Benoliel R, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain* [Internet]. 2019;160(1):28–37. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001390>
64. Onwumere J, Stubbs B, Stirling M, Shiers D, Gaughran F, Rice AS, de C Williams AC, Scott W. Pain management in people with severe mental illness: an agenda for progress. *Pain*. 2022 Sep 1;163(9):1653–60
65. Pace JA. Chronic treatment-related pain in cancer survivors. *Pain* [Internet]. 2011;152(3 Suppl):S84–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2010.10.010>
66. Pain Alliance EU. Pain and stigma survey [Internet]. Pain Alliance Europe. 2019 [cited 2024 Feb 21]. Available from: <https://pae-eu.eu/pain-and-stigma-survey/>
67. Peery AF, Dellon ES, Lund J, Crockett SD, McGowan CE, Bulsiewicz WJ, et al. Burden of gastrointestinal disease in the United States: 2012 update. *Gastroenterology* [Internet]. 2012;143(5):1179–1187.e3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2012.08.002>
68. Peng K-P, Oppermann T. Orofacial pain disorders: An overview and diagnostic approach. *Cephalalgia Rep* [Internet]. 2022;5:251581632210973. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/25158163221097349>
69. Perrot S, Cohen M, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede R-D, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary musculoskeletal pain. *Pain* [Internet]. 2019;160(1):77–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001389>
70. Phillips CJ. The cost and burden of chronic pain. *Rev Pain* [Internet]. 2009;3(1):2–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/204946370900300102>
71. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises: Concepts, challenges, and compromises. *Pain* [Internet]. 2020;161(9):1976–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
72. Riedl A, Schmidtman M, Stengel A, Goebel M, Wisser A-S, Klapp BF, et al. Somatic comorbidities of irritable bowel syndrome: a systematic analysis. *J Psychosom Res* [Internet]. 2008;64(6):573–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.02.021>
73. Romero-Reyes M, Uyanik JM. Orofacial pain management: current perspectives. *Journal of pain research*. 2014 Feb 21:99–115.
74. Schaefer R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W, Ronel J, Herrmann M, Henningsen P. Non-specific, functional, and somatoform bodily complaints. *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. 2012;109(47):803–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2012.0803>
75. Scholz J, Finnerup NB, Attal N, Aziz Q, Baron R, Bennett MI, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic neuropathic pain. *Pain* [Internet]. 2019;160(1):53–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001365>
76. Schug SA, Lavand'homme P, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede R-D, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic postsurgical or posttraumatic pain: Chronic postsurgical or posttraumatic pain. *Pain* [Internet]. 2019;160(1):45–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001413>

77. Schwartz BS, Stewart WF, Simon D, Lipton RB. Epidemiology of tension-type headache. JAMA [Internet]. 1998;279(5):381-3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.279.5.381>
78. Seretny M, Currie GL, Sena ES, Ramnarine S, Grant R, MacLeod MR, et al. Incidence, prevalence, and predictors of chemotherapy-induced peripheral neuropathy: A systematic review and meta-analysis. Pain [Internet]. 2014;155(12):2461-70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2014.09.020>
79. Silva MAG, Pantoja LLQ, Dutra-Horstmann KL, Valladares-Neto J, Wolff FL, Porporatti AL, et al. Prevalence of degenerative disease in temporomandibular disorder patients with disc displacement: A systematic review and meta-analysis. J Craniomaxillofac Surg [Internet]. 2020;48(10):942-55. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcms.2020.08.004>
80. Small C, Laycock H. Acute postoperative pain management: Acute postoperative pain management. Br J Surg [Internet]. 2020;107(2):e70-80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.11477>
81. Stubbs B, Eggermont L, Mitchell AJ, De Hert M, Correll CU, Soundy A, Rosenbaum S, Vancampfort D. The prevalence of pain in bipolar disorder: a systematic review and large-scale meta-analysis. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2015 Feb;131(2):75-88
82. Stubbs B, Gardner-Sood P, Smith S, Ismail K, Greenwood K, Patel A, Farmer R, Gaughran F. Pain is independently associated with reduced health related quality of life in people with psychosis. Psychiatry research. 2015 Dec 15;230(2):585-91.
83. Stubbs B, Mitchell AJ, De Hert M, Correll CU, Soundy A, Stroobants M, Vancampfort D. The prevalence and moderators of clinical pain in people with schizophrenia: a systematic review and large scale meta-analysis. Schizophrenia research. 2014 Dec 1;160(1-3):1-8.
84. Tanaka E, Detamore MS, Mercuri LG. Degenerative disorders of the temporomandibular joint: etiology, diagnosis, and treatment. J Dent Res [Internet]. 2008;87(4):296-307. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/154405910808700406>
85. Terminology [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). International Association for the Study of Pain; 2021 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
86. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia 2013;33:629-808. 2013;33:629-808.
87. The Societal Impact of Pain (SIP), Barke A, Cano Palomares A, Cameron P, Forget P, Ryan D, et al. Why do we need to implement the ICD-11? When pain science and practice meet policies. Eur J Pain [Internet]. 2022;26(9):2003-5. Available from: <https://europeanpainfederation.eu/wp-content/uploads/2023/03/European-Journal-of-Pain-2022-Why-do-we-need-to-implement-the-ICD%E2%80%9011-When-pain-science-and-practice-meet-policies.pdf>
88. Treede R-D, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11): The IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). Pain [Internet]. 2019;160(1):19-27. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>
89. Truini A, Spallone V, Morganti R, Tamburin S, Zanette G, Schenone A, et al. A cross-sectional study investigating frequency and features of definitely diagnosed diabetic painful polyneuropathy. Pain [Internet]. 2018;159(12):2658-66. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001378>
90. Understanding the cause of pain, what to expect during treatments combined with personalised pain management techniques are of patient preference. Bender et al; 2008.
91. Valesan LF, Da-Cas CD, Réus JC, Denardin ACS, Garanhani RR, Bonotto D, et al. Prevalence of temporomandibular joint disorders: a systematic review and meta-analysis. Clin Oral Investig [Internet]. 2021;25(2):441-53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00784-020-03710-w>
92. van Hecke O, Austin SK, Khan RA, Smith BH, Torrance N. Neuropathic pain in the general population: A systematic review of epidemiological studies. Pain [Internet]. 2014;155(4):654-62. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2013.11.013>
93. Veves A, Backonja M, Malik RA. Painful diabetic neuropathy: epidemiology, natural history, early diagnosis, and treatment options. Pain Med [Internet]. 2008;9(6):660-74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1526-4637.2007.00347.x>
94. Visceral pain [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). International Association for the Study of Pain; 2021 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/advocacy/global-year/visceral-pain/>

95. Volpi, A., Gross, G., Hercogova, J. et al. Current Management of Herpes Zoster. Am J Clin Dermatol 6, 317-325 (2005). <https://doi.org/10.2165/00128071-200506050-00005>
96. Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The lancet. 2020;396:1204-22.
97. Weir PT, Harlan GA, Nkoy FL, Jones SS, Hegmann KT, Gren LH, et al. The incidence of fibromyalgia and its associated comorbidities: a population-based retrospective cohort study based on International Classification of Diseases, 9th Revision codes: A population-based retrospective cohort study based on international classification of diseases, 9th revision codes. J Clin Rheumatol [Internet]. 2006;12(3):124-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/01.rhu.0000221817.46231.18>
98. What is Chronic Primary Pain? [Internet]. European Pain Federation. 2023 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://europeanpainfederation.eu/what-is-chronic-primary-pain/>
99. What is CRPS? [Internet]. European Pain Federation. 2023 [cited 2024 May 7]. Available from: <https://crps.europeanpainfederation.eu/what-is-crps/>



European Pain Federation EFiC®, Rue de Londres - Londenstraat 18, B1050 Bryssel. Öppenhetsregister nr 3510244568-04

Plattformen Societal Impact of Pain (SIP) är ett partnerskap med flera intressenter som leds av den europeiska smärtfederationen EFiC och Pain Alliance Europe (PAE) och som syftar till att öka medvetenheten om smärta och att förändra smärtpolitiken. Det vetenskapliga ramverket för SIP-plattformen är EFiC:s ansvar och den strategiska inriktningen för projektet definieras av båda parter. Läkemedelsföretagen Grünenthal GmbH och GSK är huvudsponsorer för plattformen Societal Impact of Pain (SIP)