
Ökad suicidrisk bland patienter med långvarig och läkemedelsbehandlad smärta

Socialstyrelsens analys visar att patienter med långvarig och läkemedelsbehandlad smärta har ökad risk för suicid. Sambanden mellan läkemedelsbehandling, fysisk och psykisk ohälsa och suicid är komplexa, men viktiga att känna till för dem som möter patienter med långvarig smärta.

Smärta är en av de vanligaste orsakerna till besök i primärvården [1]. Smärta som kvarstår eller upprepas under en period längre än tre månader betraktas som långvarig och medför stora samhällskostnader, stort lidande och sänkt livskvalitet för individen [2]. Tillsammans med psykisk ohälsa är långvarig smärta en av de vanligaste orsakerna till långtidssjukskrivning och samsjukligheten mellan dem är betydande. [3] Bland personer med diagnostiserade smärttillstånd har flera studier funnit en högre suicidrisk jämfört med den övriga befolkningen. [4-6]

Omotiverade skillnader i vården av patienter med långvarig smärta

En kartläggning av den svenska smärtvården år 2016 pekade på brister och omotiverade skillnader i vård och behandling av patienter med långvarig smärta och svår psykiatrisk samsjuklighet. [7] Kartläggningen uppmärksammade också ostrukturerad handläggning oberoende av vårdnivå, brist på organiserat samarbete vårdnivåerna emellan samt brister i organisation och implementering av behandling efter bästa kunskapsläge. Ytterligare brister förelåg i behandling och behandlingsprioritering mellan smärtmottagningar och psykiatrin samt att flertalet regioner saknade strukturerat omhändertagande för patienter med smärta och läkemedelsberoende. De flesta patienter med långvarig smärta handläggs inom primärvården där resurser, kompetens och struktur för hantering av patientgruppen ofta saknas.

Läkemedel mot smärta vanliga vid förgiftningsdödsfall

Det har också rapporterats om att flera läkemedel mot smärta är vanliga vid läkemedels- och narkotikarelaterade dödsfall. [8-10] I Socialstyrelsens senaste statistikrapport om dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar visades att drygt en tredjedel av dödsfallen var registrerade som suicid. [11] Bland kvinnor var suicid vanligast, medan olycksfallsförgiftningar var vanligast bland män. Sjukdomsgrupper med långvarig smärta var genomgående vanligare bland kvinnor, oavsett avsikten bakom dödsfallet. En hög andel av de som avlidit till följd av läkemedels- eller narkotikaförgiftningar hade haft kontakt med specialistpsykiatrisk vård. Opioiden oxikodon var en av de enskilt vanligaste substanserna kopplade till suicid.

En studie av samtliga suicid åren 2017 till och med 2021

För att få en fördjupad bild av risken för suicid bland patienter med långvarig och läkemedelsbehandlad smärta har Socialstyrelsen genomfört en epidemiologisk studie. Denna patientgrupp har här definierats som patienter som förskrivits och hämtat ut läkemedel mot smärta i minst tre månader. Studien baseras på data om samtliga individer som dött i suicid, åren 2017 till och med 2021. De som dött i suicid jämförs med individer med samma kön och ålder vilka inte dött i suicid. Utöver långvarig läkemedelsbehandling mot smärta studerar vi också läkemedelsbehandling mot psykiatriska tillstånd samt om individerna vårdats inom specialistvården för smärttillstånd. Den långvariga läkemedelsbehandlingen mot smärta bör ses som en indikator för ett komplext tillstånd där ett tillkommande psykiskt och fysiskt lidande kan bidra till att förstärka komplexiteten. Med detta upplägg gör vi en ansats att förstå hur riskfaktorer för suicid samverkar, detta med specifikt fokus på den effekt långvarig och läkemedelsbehandlad smärta kan ha på risken.

Studien omfattar 6372 suicid, varav 70% män, och medelålder är 52 år. Bland de som gjorde suicid hade 62% något läkemedel mot psykiatriska tillstånd året innan suicid, och 22% något läkemedel mot smärta. Motsvarande siffror bland jämförelseindividerna var 17% respektive 9%. Andelen som både hade läkemedel mot smärta och läkemedel vid psykiatriska tillstånd var 18% för de som gjorde suicid, jämfört med 4% för jämförelseindividerna.

Patienter med långvarig och läkemedelsbehandlad smärta har ökad suicidrisk

Riskökningen för suicid var 144% (HR=2,44) för patienter med långvarig och läkemedelsbehandlad smärta, *året innan* dödsfallet i suicid, se tabell 1. Utöver kön och ålder, vilka hanterades i själva designen av studien, gjordes därpå en statistisk justering för utbildning, läkemedelsbehandling för psykiatriska tillstånd samt diagnoser förknippade till smärttillstånd. Alla dessa är faktorer med möjlig koppling till såväl läkemedelsanvändningen som suicid (så kallade störfaktorer). Den störfaktor som påverkade risken mest var läkemedelsbehandling för psykiatriska tillstånd. Efter den justeringen sjönk den förhöjda risken från 144% till 37% (HR=1,37) för suicid, vilket talar för att delar av (men inte hela) sambandet kan förklaras av dessa störfaktorer.

För patienter med långvarig och läkemedelsbehandlad smärta, *ett till två år innan* dödsfallet i suicid, sjönk riskökningen från 127% till 12% (HR=1,12) efter justering för störfaktorerna. Sammantaget var riskökningen för suicid vid långvarig och läkemedelsbehandlad smärta låg till måttlig och en stor del av sambandet kunde förklaras av annan psykiatrisk samsjuklighet.

Patienter som enbart fått smärtläkemedlen utskrivna från just primärvården *året innan suicid*, har en 22% *lägre* risk (HR=0,78) för suicid. En möjlig tolkning kan vara att smärttillstånd som endast behandlas i primärvården är mindre komplexa och därför mer hanterbara, vilket då möjligen skulle kunna förklara en lägre risk för suicid.

Sammanfattningsvis visar dessa resultat att det är av vikt att tidigt uppmärksamma patienter med långvarig smärtproblematik så att de kan få hjälp och behandling innan en ökad risk för suicid uppstår.

Tabell 1: Riskkvot (Hazard Rate, HR) för suicid efter långvarig läkemedelsbehandling mot smärta, inklusive 95% konfidensintervall (KI).

Se Tabell 7 i bilaga för tabell med samtliga resultat.

Risikfaktor	Ojusterad HR (95% KI)	Justerad ¹ HR (95% KI)
Läkemedel mot smärta året innan suicid	2,44 (2,29–2,60)	1,37 (1,25–1,49)
Läkemedel mot smärta två år innan suicid	2,27 (2,13–2,42)	1,12 (1,03–1,22)
Förskrivning av smärtstillande enbart i primärvården	1,33 (1,18–1,49)	0,78 (0,68–0,88)

Källa: Läkemedelsregistret, Patientregistret, Cancerregistret, Utbildningsregistret (SCB)

Patienter med långvarig smärta behöver uppmärksammas utifrån risken för suicid

Denna studie bekräftar tidigare rapporter om ett samband mellan läkemedelsbehandling mot smärta och suicidrisk. Eftersom studien är en observationsstudie kan varken orsakssamband eller riktning på det statistiska sambandet säkerställas. Att den relativa risken för suicid efter långvarig och läkemedelsbehandlad smärta sjunker men förblir statistiskt signifikant efter justering för störfaktorer som ålder, kön, läkemedelsbehandling mot psykiatriska tillstånd och specialistvård för smärttillstånd talar för en koppling mellan långvarig och läkemedelsbehandlad smärta och ökad suicidrisk, samtidigt som psykiatrisk samsjuklighet spelar roll.

Smärta är mångfacetterat och samsjukligheten mellan smärta och, ångest- och depressionssymtom bidrar till komplexiteten. I en nyligen publicerad artikel framförde författarna att den konceptuella förståelsen av denna samsjuklighet kan se olika ut beroende på vilken verksamhet man befinner sig i. [12] De menade att man inom specialiserad smärtvård ofta ser depression och ångest som en konsekvens av långvarig smärta, medan psykiatrin ofta ser långvarig smärta som en yttring av psykiatriska tillstånd. Förutom de dubbelriktade sambanden presenterar artikelförfattarna en dynamisk modell där långvarig smärta och symtom på ångest och depression förstärker varandra ömsesidigt på ett negativt sätt.

Denna studie belyser och presenterar de komplexa och dynamiska sambanden mellan långvarig läkemedelsbehandling mot smärta, psykiatrisk ohälsa och suicid. Det är viktigt att i mötet med patienter med långvarig smärta uppmärksamma såväl eventuell psykiatrisk samsjuklighet som

¹ Justerat för läkemedel mot psykiatriska tillstånd 1 och 2 år innan suicid (4 läkemedelsgrupper), sjukdomar som är relaterade till smärttillstånd upp till fem år innan suicid (18 diagnosgrupper), information om förskrivningen av läkemedel mot smärttillstånd skett i primärvården enbart (ja/nej) och högsta utbildningsnivå.

suicidrisk. Samverkan mellan primärvård, specialistpsykiatri och somatisk vård är angelägen för samordning av insatserna för effektivt stöd och för att på sikt kunna minska risken för suicid. Som stöd finns numera ett kunskapsstöd i form av vårdriktlinjer utarbetade och hösten 2023 publicerades ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för långvarig smärta hos vuxna. [13]

Referenser

1. Hasselstrom J, Liu-Palmgren J, Rasjo-Wraak G. Prevalence of pain in general practice. *Eur J Pain*. 2002; 6(5):375-85.
2. Treede RD, 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). *Pain*. 2019; 160(1):19-27.
3. Metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk litteraturoversikt. 2006:
4. Tang NK, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med*. 2006; 36(5):575-86.
5. Ilgen MA, Kleinberg F, Ignacio RV, Bohnert AS, Valenstein M, McCarthy JF, et al. Noncancer pain conditions and risk of suicide. *JAMA Psychiatry*. 2013; 70(7):692-7.
6. Penttinen J. Back Pain and Risk of Suicide among Finnish Farmers. *American Journal of Public Health*. 1995; 85(10):1452-3.
7. Nationellt uppdrag: Smärta. På uppdrag av nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning. 2016:
8. Dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar - En statistiksammanställning. 2022:2022-6-7915
9. Ljung R, Grunewald M, Tuvendal P, Bardage C. Decrease in tramadol use started in 2011 in Sweden. *Ir J Med Sci*. 2021; 190(4):1643-4.
10. Fugelstad A, Agren G, Ramstedt M, Thiblin I, Hjelmstrom P. Oxycodone-related deaths in Sweden 2006-2018. *Drug Alcohol Depend*. 2022; 234:109402.
11. Statistik om dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar 2022. 2023:2023-11-8826
12. Bäckryd E, Alföldi P. Långvarig smärta – relationen till ångest och depression är komplex. *Läkartidningen*. 2023; 120:23010.
13. Vårdförlopp smärta – långvarig hos vuxna. Kunskapsstöd 2023. Hämtad från:
<https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/kunskapsstod/publiceradkunskapsstod/nervsystemetsjukdomar/vardforloppsmartalangvarighosvuxna.66690.html>

Kontakt:

Sakkunnig: Ylva Ginsberg

Telefon: 075-247 30 00

E-post: ylva.ginsberg@socialstyrelsen.se

Statistikfrågor: Gudrun Jonasdottir Bergman

Telefon: 075-247 30 00

E-post: gudrun.bergman@socialstyrelsen.se

Bilagor

Bilaga 1. Inkluderade ICD10- och ATC-koder

Tabell 2: Lista med samtliga inkluderade smärtläkemedel.

För att räknas som långvarig läkemedelsbehandling mot smärta så inkluderas bara individer med totalt minst 90 DDD året innan, respektive år ett till två år innan, suicid. Med ett år innan suicid avses dag 0–365 innan suicid, och med två år innan suicid avses dag 366–730 innan suicid. Läkemedel markerade med * är läkemedel med dubbel indikation och dessa uteslöts i en uppföljande sensitivitetsanalys.

Smärtläkemedel
N02AA01 Morfin
N02AA05 Oxikodon
N02AA55 Oxikodon och naloxon
N02AB01 Ketobemidon
N02AB03 Fentanyl
N02AE01 Buprenorfin
N02AG02 Ketobemidon och spasmolytika
N02AJ06 Kodein och paracetamol
N02AJ09 Kodein och övr. icke-opioidanalgetika
N02AX02 Tramadol
N02AX06 Tapentadol
N03AX12 Gabapentin*
N03AX16 Pregabalin*
R05DA04 Kodein

Källa: Läkemedelsregistret.

Tabell 3: Lista med övriga inkluderade läkemedelsgrupper

För att räknas som långvarig läkemedelsbehandling så inkluderas bara individer med totalt minst 90 DDD året innan, respektive år ett till två år innan suicid, per läkemedelsgrupp. Med ett år innan suicid avses dag 0–365 innan suicid, och med två år innan suicid avses dag 366–730 innan suicid.

Läkemedelsgrupp	ATC
Neuroleptika	N05A (exkl. N05AN01)
Sömnmedel och lugnande medel	N05C
Antidepressiva medel	N06A
Litium	N05AN01
Centralt verkande sympatomimetika (centralstimulerande)	N06BA

Källa: Läkemedelsregistret.

Tabell 4: Smärt-sjukdomsgrupper

För att fånga patienter med prevalent sjukdom vid suicid inkluderas alla diagnoser för tillstånd upp till fem år innan suicid.

Nr	Sjukdomsgrupp	ICD10-koder
1	Sjukdomar i blod/blodbildande organ och rubbningar i immunsystemet	D570, D571, D578, D86
2	Sjukdomar i CNS	A692+G01, G122, G14, G20, G24, G258, G35
3	Episodiska och paroxysmala sjukdomar, specifikt migrän och huvudvärkssyndrom	G43, G440-G443, G448
4	Sjukdomar i nerver, nervrötter och nervplexus	G50, G53, G540-G546, G548, G549, G55-G59
5	Polyneuropatier	G60-G63
6	Cerebral pares och andra förlamningssyndrom	G80, G834
7	Vissa sjukdomar i autonoma nervsystemet och hydrocefalus	G905-G907, G91
8	Sjukdomar i hjärnans kärl	I690-I694
9	Inflammatoriska mag-tarmsjukdomar	K50, K51
10	Psoriasisartrit	L405, M058, M059
11	Artros	M16, M17, M19
12	Ryggsjukdomar	M43, M45, M471, M472, M479, M48, M50- M54
13	Fibromyalgi	M790, M791
14	Muskuloskeletala sjukdomar efter kirurgiska och medicinska ingrepp	M96
15	Annan kronisk smärta	R521, R522, R529
16	Whiplash-skada	S134
17	Sena besvär kvarstående >1 år efter akut skada	T901-T909, T911-T919, T921-T929, T931- T939

Källa: Patientregistret

Tabell 5: Övriga inkluderade variabler.

Variabler	Värden
Utbildning	Grundskola eller ingen utbildning registrerad, Gymnasieutbildning, Högskola eller universitet (referensgrupp).
Cancer	Cancer förekommer i sjukdomshistorien, eller inte (referensgrupp).
Primärvårdsförskrivna smärtläkemedel	Samtliga uttag av smärtläkemedel året innan suicid förskrevs i primärvården, eller inte (referensgrupp).

Källa: Utbildningsregistret (SCB), Cancerregistret, Läkemedelsregistret

Tabell 6: Matchade variabler.

Variabler	Värden
Kön	Män, kvinnor
Ålder	Ålder vid suicid

Källa: Patientregistret

Bilaga 2. Metodbeskrivning och analysresultat

För att få en tydligare bild av hur långvarig, läkemedelsbehandlad smärta påverkar risken för suicid har vi genomfört en fördjupad epidemiologisk studie. Patienter med långvarig, läkemedelsbehandlad smärta har här definierats som patienter som förskrivits och hämtat ut läkemedel mot smärta i minst tre månader. Vår studiepopulation består av samtliga suicid mellan åren 2017–2021 (fallen), samt fem slumpmässigt valda jämförelseindivider per fall (kontroller), som inte dött i suicid och som har samma kön och ålder som fallet. Vår definition av suicid inkluderar både ”avsiktligt självdestruktiv handling” (ICD-10 X60-X84) och ”skadehändelser med oklar avsikt” (ICD-10 Y10-Y34), och data hämtas från Dödsorsaksregistret samt Registret över totalbefolkningen (RTB, SCB). Vi inhämtade också information om tidigare kända riskfaktorer för suicid, vilka kan påverka våra slutsatser om hur långvarig läkemedelsbehandling mot smärta påverkar risken för suicid (s.k. störfaktorer). Förutom kön och ålder inhämtades information om utbildning (Utbildningsregistret, SCB), annan läkemedelsbehandling för psykiatriska tillstånd (Läkemedelsregistret), samt diagnoser förknippade smärttillstånd (Patientregistret och Cancerregistret).

Psykiatrisk samsjuklighet behandlas företrädesvis i primärvården och där har Socialstyrelsens patientregister ingen täckning. I Läkemedelsregistret finns däremot alla uthämtade läkemedel oavsett om förskrivningen skett i specialistvården eller primärvården. Av det skälet används här läkemedelsbehandling för psykiatriska tillstånd för att mäta sådan samsjuklighet. När det kommer till diagnoser förknippade med smärttillstånd är vi även där begränsade av att vi inte har tillgång till primärvårdsdata eller journalanteckningar. Det är därför inte säkert att alla personer med dessa diagnoser lider av smärta. Slutligen ska långvarig läkemedelsbehandling mot smärttillstånd ses som en indikator för ett komplext tillstånd.

Data analyseras med matchad (med avseende på kön, ålder) *Cox proportional hazards*-modell, framtagen med backward selection av signifikanta ($p < 0.05$) variabler. Se tabell 2–6 för samtliga inkluderade variabler. För alla variabler utom utbildning ska den redovisade hasardkvoten tolkas som jämförelsen mellan ja och nej, till exempel för cancer tolkas hasardkvoten som jämförelsen mellan de som har cancer (ja), jämfört med de som inte har cancer (nej). Enbart signifikanta riskfaktorer inkluderade, se tabell 7.

Tabell 7: Hasardkvoter, inklusive 95% konfidensintervall (KI)

Risikfaktor	Ojusterad HR (95% KI)	Justerad HR (95% KI)
Läkemedel mot smärta året innan suicid	2,44 (2,29–2,60)	1,37 (1,25–1,49)
Läkemedel mot smärta två år innan suicid	2,27 (2,13–2,42)	1,12 (1,03–1,22)
Neuroleptika (exkl. litium) året innan suicid	5,49 (5,15–5,84)	1,67 (1,52–1,84)
Neuroleptika (exkl. litium) två år innan suicid	4,84 (4,51–5,19)	1,16 (1,04–1,29)
Litium året innan suicid	4,45 (3,82–5,16)	1,24 (1,06–1,46)
Sömnmedel och lugnande medel året innan suicid	4,90 (4,65–5,16)	2,48 (2,33–2,64)
Antidepressiva läkemedel året innan suicid	4,42 (4,20–4,65)	2,14 (1,98–2,32)
Antidepressiva läkemedel två år innan suicid	3,66 (3,48–3,86)	1,11 (1,02–1,2)
03. Migrän och huvudvärkssyndrom	1,14 (0,94–1,38)	0,77 (0,63–0,94)
07. Vissa sjukdomar i autonoma nervsystemet och Hydrocefalus	0,30 (0,07–0,78)	0,30 (0,08–0,79)
11. Artros	0,87 (0,78–0,97)	0,76 (0,68–0,85)
12. Ryggsjukdomar	1,26 (1,16–1,37)	0,83 (0,76–0,91)
16. Whiplash-skada	1,57 (1,14–2,09)	1,39 (1,01–1,86)
Cancer	0,94 (0,86–1,03)	0,85 (0,78–0,93)
Grundskola vs Högskola eller universitet	2,03 (1,89–2,18)	1,71 (1,59–1,85)
Gymnasie- vs Högskola eller universitet	1,53 (1,44–1,63)	1,40 (1,31–1,49)
Förskrivning av smärtstillande enbart i primärvården	1,33 (1,18–1,49)	0,78 (0,68–0,88)

Källa: Läkemedelsregistret, Patientregistret, Cancerregistret, Utbildningsregistret (SCB)