

Gäller för: Verksamhet Anestesi Operation IVA Östra  
Innehållsansvar: Linda Bengtsson, (linbe13), Överläkare  
Granskad av: Louise Samson, (loukn1), Sektionschef  
Godkänd av: Tobias Bergström, (tobni2), Sektionschef

Giltig från: 2026-04-16

Giltig till: 2028-04-16

# Strukturerad opioidnedtrappning enligt TOPIO

## Förändringar sedan föregående version

Nytt dokument.

## Sammanfattning

Detta styrdokument är upprättat utifrån ett [kliniskt beslutsstöd från Lunds universitet](#) som beskriver ett strukturerat och tidsbegränsat tillvägagångssätt för att trappa ner opioider i öppenvård vid långvarig smärta (1). Det kliniska beslutsstödet är i sin tur utarbetat efter det studieprotokoll som använts i en klinisk randomiserad studie, kallad TOPIO, som undersöker de kliniska effekterna av nedtrappning av opioider vid långvariga behandlingar på indikation långvarig icke-malign smärta (2). Beslutsstödet är utarbetat innan resultaten av studien analyserats och publicerats då det redan idag rekommenderas att behandlingar med opioider ska hållas så korta som möjligt och reduceras till lägsta möjliga dos.

## Innehållsförteckning

Sammanfattning .....	1
Bakgrund och syfte .....	2
Förutsättningar .....	3
Avgränsningar .....	3
Utförande .....	4
Flödesschema .....	4
Förberedande besök till sjuksköterska .....	4
Sambesök till läkare och sjuksköterska – första delen .....	6
Sambesök till läkare och sjuksköterska – andra delen .....	7
Stöd från sjuksköterska under nedtrappning .....	8

Uppföljning 4 månader efter start av nedtrappning .....	9
Råd då nedtrappning avbrutits eller ej påbörjats .....	9
Hantering av formulär .....	11
Relaterad information .....	11
Arbetsgrupp.....	12
Källförteckning .....	12

## Bakgrund och syfte

Långvarig behandling med opioida läkemedel, här definierat > 3 månader, vid indikation långvarig icke-malign smärta är vanligt förekommande trots avsaknad av evidens att det är en säker och effektiv behandling. Klinisk erfarenhet är att patienter som har långa behandlingstider många gånger har negativa effekter av behandlingen som överskuggar den smärtlindrande effekten behandlingen medför. Försiktighet att förskriva opioider vid icke-malign smärta i längre behandlingar än 1 månad anges nu i gällande internationella riktlinjer. Försök till nedtrappning av opioidbehandling är då en möjlig åtgärd som sjukvården bör överväga (3, 4).

Ofta finns en oro för att sätta ut opioidbehandlingen hos såväl patient som behandlande läkare, särskilt i brist på annat farmakologiskt alternativ. Det finns dock anledning att regelbundet överväga nedtrappning hos individer med långtidsbehandling av opioida läkemedel för att utvärdera behandlingseffekt och tydliggöra vilka biverkningar och negativa effekter behandlingen medför. Redan vid doser över 50 mg oralt morfin per dygn och definitivt vid doser över 90 mg oralt morfin per dygn är riskerna med behandlingen betydande (3, 5). Många gånger har individerna haft preparaten så länge att det är svårt att utvärdera vilka symptom som är biverkningar på opioiderna och vilka symptom som är kopplad till den underliggande smärtproblematiken och associerad samsjuklighet, eller andra hälsobesvär.

Nedtrappning är ett rationellt sätt att utvärdera en behandling som innefattar risker och vars positiva effekter är svåra att säkerställa, oavsett daglig dos av förskrivna opioider. Men det betyder inte att nedtrappning är problemfritt och enkelt. För framgångsrik opioidnedtrappning vid långvarig smärta är patientens motivation avgörande. Tydliga ramar för vad som gäller under nedtrappningsperioden, samt regelbundet stöd för att hantera det obehag - kroppsligt och psykiskt- som nedtrappningen kan innebära är viktigt.

## Förutsättningar

- Långvarig opioidbehandling, minst 3 månader, förskrivna med indikation icke-malign långvarig smärta i öppenvård.
- Patienten önskar nedtrappning av opioida läkemedel och förskrivande läkare bedömer att nedtrappning skulle gagna patienten.
- Patienten accepterar uppställd behandlingsplan.
- Patienten har genomgått och förstått bedömningen avseende sitt smärttillstånd.

## Avgränsningar

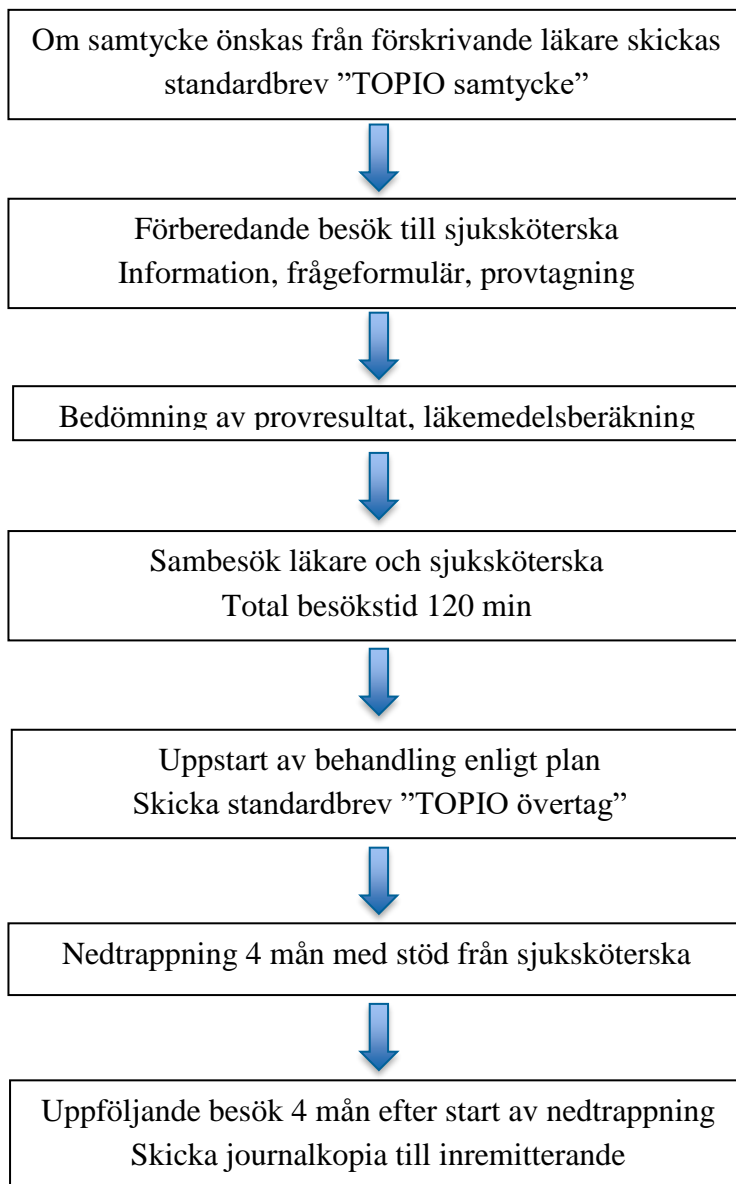
Då Smärtcentrum inte är en enhet med opioidnedtrappning som uppdrag kallas patienter inte till mottagningen i detta syfte. Ansvaret för opioidnedtrappning ligger hos förskrivande läkare, se regional medicinsk riktlinje [”Opioider vid långvarig icke-cancerrelaterad smärta”](#). Strukturerad opioidnedtrappning enligt TOPIO tillämpas därför på Smärtcentrum endast för patienter som redan följs på mottagningen för annan behandlingsinsats. Rutinen är inte lämplig vid sporadiskt eller upprepat intag av icke-förskrivna narkotiska läkemedel eller andra narkotiska preparat det senaste året. Ansvarig läkare för nedtrappning avgör detta. Rutinen är inte heller lämplig om patienten nekar att genomgå drog-screening eller PEth. I sådant fall kan nedtrappning i stället ske på sedvanligt sätt via ordinarie förskrivare. Om screening inger misstanke om måttligt-svårt opioidbrukssyndrom bör förskrivande läkare remittera patienten för bedömning och nedtrappning inom beroendepsykiatri. Vid misstanke om alkoholproblematik eller vid höga PEth-värden görs individuell bedömning enligt nedan (se stycke ”Alkohol”).

## Förskrivningsansvar

Ansvar för pågående opioidbehandling övertas inte rutinmässigt för patienter som följs på Smärtcentrum. Övertag av förskrivning är dock nödvändigt vid strukturerad opioidnedtrappning enligt TOPIO och inremitterande skall då informeras om att övertaget är tidsbegränsat och att ansvaret kommer återföras om nedtrappningen avbryts eller om opioidbehandlingen inte helt kan avvecklas. Om bekräftat samtycke önskas från förskrivande läkare kan standardbrev ”Opioidnedtrappning samtycke” användas. Detta brev skall då skickas i ett tidigt skede innan patienten erbjuds nedtrappning i Smärtcentrums regi. När behandlingsplan upprättats skickas standardbrev ”Opioidnedtrappning övertag”.

## Utförande

### Flödesschema



### Förberedande besök till sjuksköterska

- Muntlig och skriftlig information om opioidnedtrappning.
- Provtagning av drogpaket i saliv och PEth.
- Patienten skall fylla i frågeformulär [AUDIT](#), [DUDIT](#) och ”Symptomskattning av möjliga biverkningar från opioidbehandling”. Formulären skall medtagas till sambesök läkare och sjuksköterska.

## Alkohol

Smärtsjuksköterska bokar tid för provtagning av Peth på provtagningscentralen och lägger in beställning i labb-modulen i Melior.

- $<0,01 \mu\text{mol/L}$ : Indikerar ingen eller låg sporadisk alkoholkonsumtion.
- $0,01\text{--}0,03 \mu\text{mol/L}$ : Indikerar låg konsumtion, men visar att patienten inte helt avstår från alkohol. Notera att blod-/erytrocytttransfusion kan ge mätbara nivåer även utan intag.
- $>0,03\text{--}0,30 \mu\text{mol/L}$ : Indikerar måttlig konsumtion, men i intervallets övre del kan det vara förenligt med klart hälsovådlig konsumtion.
- $>0,30 \mu\text{mol/L}$ : Indikerar omfattande, regelbundet intag (överkonsumtion). Långvarigt högt intag kan ge värden över  $10 \mu\text{mol/L}$ .

PEth speglar alkoholkonsumtionen de senaste 2–4 veckorna men kan inte ensamt användas för att ställa diagnos *alkoholberoende* eller *skadligt bruk*. Värden ska alltid tolkas i relation till anamnes och klinisk helhetsbild.

Misstänkt alkoholproblematik handläggs inom primärvården enligt regional medicinsk riktlinje [Alkohol – Skadligt bruk och beroende](#). Skadligt bruk eller obehandlat beroende innebär sämre förutsättningar för patienten att tillgodogöra sig smärtinriktad behandling. Därför är det ofta mest lämpligt att avvakta med insatser på Smärtcentrum tills alkoholproblematiken är hanterad. För individuell bedömning kan följande råd tillämpas:

- PEth  $\leq 0,30 \mu\text{mol/L}$ : Man kan i vissa fall överväga att gå vidare med nedtrappning, särskilt om det saknas andra tecken på problematiskt alkoholbruk.
- PEth  $0,30\text{--}0,70 \mu\text{mol/L}$ : Rekommenderas bedömning och insatser inom primärvården. Om patienten har dokumenterat beroende eller bedöms uppfylla kriterier för diagnos bör kontakt med beroendepsykiatri övervägas.
- PEth  $>0,70 \mu\text{mol/L}$ : Bör alltid föranleda övervägande av kontakt med beroendepsykiatri.

## Drogpaket i saliv

Provtagning utförs av personal på Smärtcentrum enligt särskild [instruktion](#) som också beskriver hur provet ska hanteras och transporteras. Använd [Remiss 6 Klinisk Kemi](#) och ange ”Drogpaket i saliv”. Om patienten medicinerar med amfetamin anges även ”Kiralt amfetamin”. På detta sätt kan man särskilja mellan gatuamfetamin (blandning av dex- och levamfetamin) och medicinskt amfetamin (enbart dexamfetamin). För hjälp med tolkning kontaktas jour Klinisk kemi SU via växeln.

## Sambesök till läkare och sjuksköterska – första delen

Tidsåtgång ca 60 min.

Innan besöket hämtas information från läkemedelsförteckningen hur mycket opioider som hämtats ut 90 dagar bakåt i tiden. Räkna om till morfinekvivalent dos per dag som patienten har haft tillgång till. Ställ uthämtad dos i relation till ordinerad dos och gör en rimlighetsbedömning – är uthämtade mängder kongruenta med ordinerad dosering?

### **Aktuellt smärttillstånd förstått av patienten?**

Hur förstås smärttillståndet av patienten? Vilka förväntningar har patienten om smärtlindrande effekter av sin opioidbehandling? Föreligger det pågående utredningar/behandlingar som patienten förväntar sig ska förändra smärttillståndet? Är behandlingsindikationen långvarig icke-malign smärta? Information till patienten om skillnaden på akut och långvarig smärta samt bristen på kända behandlingseffekter tillsammans med kända risker av långvariga opioidbehandlingar vid långvarig smärta.

### **Värdera risker med aktuell opioidbehandling.**

Risker med aktuell behandling diskuteras. Låga doser, under 20 mg morfin/dag, har låga risker för allvarliga biverkningar i epidemiologiska studier. Särskild vikt läggs vid att belysa risker med opioidbehandling som överskrider doser på 50 mg morfin/dag; om dygnsdosen överskrider 90 mg bör detta betraktas som en stark indikation för nedtrappning. Har det inträffat allvarliga händelser på grund av behandlingen? Finns det ett riskfyllt beteende kring läkemedel? Följs doserna eller sker det glidningar mot allt högre doser?

### **Bedömning av beroendekriterier enligt DSM-5**

Screening för substansbrukssyndrom görs utifrån DUDIT, strukturerad intervju, skattning av bedömande läkare och resultat av provtagning. Särskilt bedömningsstöd från [kliniskt beslutsstöd från Lunds universitet](#) (Appendix 3) kan skrivas ut och användas. Om beroende misstänks ska detta tas upp med patienten. Smärtcentrum fastställer dock inte slutgiltig diagnos och ansvarar inte för behandling. Vid sådan misstanke skall inremitterande/primärvård rekommenderas att vända sig till beroendepsykiatri. Direkt samverkan mellan Smärtcentrum och beroendepsykiatri kan vara aktuell vid opioidberoende i de fall då Smärtcentrum åtagit sig ett mer långsiktigt ansvar för opioidbehandlingen.

### **Utforskande och validerande samtal**

Målet är att individen själv tar beslut om deltagande i nedtrappning. Om en behandling pågått en lång tid finns det hos patienten en positiv upplevelse av behandlingen i någon form. Både positiva och negativa aspekter behöver belysas för att få en fullständig bild, och för att nedtrappningsplanen ska bli trovärdig för patienten.

- Vad skulle vara positivt med att fortsätta opioidbehandlingen? Oftast anger patienten här den omedelbara effekten som läkemedlet ger.
- Vad skulle vara negativt med att fortsätta opioidbehandlingen? Här finns i regel mindre omedelbara effekter men risker på lång sikt. Gastrointestinala biverkningar, trötthet, påverkat humör/känsloliv och risk för att utveckla beroende. Rapporterade biverkningar enligt frågeformulär kan vara till hjälp att tydliggöra detta
- Vilka erfarenheter har patienten av nedtrappning sedan tidigare? Vilka tankar och känslor finns inför nedtrappning nu?
- Validera att det är vanligt att känna oro över hur det kommer att bli utan opioidbehandlingen, och hur det kommer att gå att trappa ner behandlingen, samtidigt som hopp ingjuts att det ska gå bra även om det stundtals kan bli jobbigt.
- Låt patienten slutgiltigt vara den som anger varför nedtrappning ska göras. Vilket är patientens behandlingsmål? Om symptomlindring efterfrågas så är det möjligt att sträva efter minskade biverkningar. Även om klinisk erfarenhet bekräftar att opioidinducerad hyperalgesi kan föreligga i enstaka fall, vilket innebär att smärttillståndet kan förbättras när opioiderna trappas ut, är minskad smärta ett mycket osäkert mål att ställa upp. Låt patienten beskriva behandlingsmålen och under pausen formulerar läkaren i skrift ett förslag att läsa upp för patienten som modifieras vid behov.

**Efter första delen av besöket följer en paus på ca 20 min. Under denna tid förbereder läkare och sjuksköterska tillsammans behandlingsplanen.**

**Gulmarkerade fält fylls i.**

## Sambesök till läkare och sjuksköterska – andra delen

Tidsåtgång ca 40 min.

### Upprättande av behandlingsplan

- Skriftlig behandlingsplan upprättas enligt mall. Första steget är att ge opioider i depotberedning utan att sänka dygnsdosen. Därefter kan nedtrappning med 5–10% per vecka från ursprungsdosen föreslås. Låt patienten få påverka takten i nedtrappningen.
- Nedtrappningsperioden varar i upp till 4 månader (om inte särskilda omständigheter föreligger då den kan förlängas i en överenskommelse). Detta ger behandlare och patient en tydlig tidsram för att det är nu förändringen sker, och det finns en borte gräns för nedtrappningsperioden.
- Informera om möjliga abstinenssymptom som kan uppstå, utgå från det som står skrivet i behandlingsplanen. Påtala särskilt att ökad

smärta initialt (i samband med varje nedtrappningssteg och upp till 4 veckor efter utsättning) kan vara del i abstinensfas. Informera om att smärta kan förbli oförändrad vid uttrappningen.

- Abstinensbesvär, inklusive ökad smärta, under nedtrappning justeras i huvudsak med en långsammare nedtrappningstakt. Det är möjligt att under nedtrappning använda NSAID för behandling av muskulär nociceptiv smärta som kan uppstå vid abstinens, om ingen kontraindikation föreligger. Oro, rastlöshet eller sömnstörning kan behandlas med icke-beroendeframkallande preparat som tex Alimemazin, Hydroxizin, eller Propiomazin.
- Alternativ smärtmodulerande behandling med i första hand amitriptylin, duloxetin eller gabapentin föreslås om detta inte är testat tidigare. Detta sker i regel då nedtrappning har avslutats eller efter att minst 30–50% dosreduktion (från utgångsdosen) har nåtts, detta för att minimera riskerna för polyfarmaci.
- Behandlingsplanen skall skrivas under av ansvarig smärtläkare och patient. Om patienten behöver betänketid kan behandlingsplanen skrivas under i hemmet och skickas in.
- Om patientens opioidbehandling förskrivs av annan enhet tar ansvarig smärtläkare över förskrivningen när behandlingsplanen startar. I samband med detta skickas kopia på besöksanteckning och standardbrev ”TOPIO övertag” till ordinarie förskrivare. Specificera i brevet vilka läkemedel som tas över.

## Stöd från sjuksköterska under nedtrappning

- Uppföljning veckovis med fokus på att bibehålla patientens motivation till nedtrappning. Använd särskilt frågeformulär “Uppföljning sjuksköterska”. I första hand samtal via telefon men fysiskt besök eller videobesök vid behov.
- Validering av patientens upplevda symtom i samband med nedtrappning.
- Uppmärksamhet och beredskap kring försämrad hälsa under nedtrappning. Påverkad psykisk hälsa och försämrad funktion i vardagen är viktig att uppmärksamma. Detta kan vara anledning att gå långsammare fram i nedtrappning eller tillfälligt stanna av.
- Sjuksköterska har möjlighet att ge råd om långsammare nedtrappning än planerat eller avbrytande av nedtrappning om hälsotillståndet försämras och då i samråd med behandlande läkare.
- Rådgivning om vidbehovsmedicinering med NSAID och Alimemazin. Andra läkemedel kan vara aktuella efter diskussion med ansvarig läkare.

- Möjlighet till dispensering av läkemedel via mottagning om patienten har svårt att kontrollera/hantera läkemedel på ett säkert sätt.
- Sjuksköterska samråder och stämmer av med ansvarig smärtläkare kring hur nedtrappningen fortskrider. Om ansvarig smärtläkare inte är i tjänst, och ärendet inte kan vänta, kan samråd ske med AST-läkare.
- Inför uppföljning 4 månader skickas formulär ”Symptomskattning av möjliga biverkningar från opioidbehandling” till patienten. Formuläret skall medtagas till sambesök läkare och sjuksköterska.

## Uppföljning 4 månader efter start av nedtrappning

Sambesök läkare och sjuksköterska. Tidsåtgång 30 min.

- Uppföljning av aktuell behandlingsplan och hur nedtrappningen har utfallit.
- Uppföljning av patientens skattade symptom. Jämför med skattning före nedtrappning.
- Ställ gärna följande globala fråga: Hur har nedtrappning påverkat dig? Till det bättre, oförändrat eller till det sämre?
- Validerande och utforskande samtal med målet att individen själv är aktiv i fortsatt planering. Erfarenheter av nedtrappningen; vilka tankar och känslor finns efteråt? Gå igenom målet och anledningen till att nedtrappning påbörjades. Nöjdhet med utfallet? Hur tänker patienten om fortsättningen?
- Är uppsatta behandlingsmål uppfyllda?
- Värdering hur fortsatt läkemedelsbehandling ska planeras och vem som ska sköta den.
- Är det aktuellt med andra rehabiliteringsinsatser för behandling av långvarig smärta? Om patienten har haft problem i nedtrappningen kan tidsbegränsat förlängt stöd övervägas. Viktigt att då definiera insats i tid och omfattning.
- Drogscreening och PEth på alla patienter. Viktigt för att kartlägga om bruk av illegala droger/alkohol sker.

## Råd då nedtrappning avbrutits eller ej påbörjats

Finns indikation för behandling av smärtan med opioider? Finns misstanke om opioidbrukssyndrom (DSM-5)? Lindrigt opioidbrukssyndrom är vanligt hos patienter med långvarig opioidbehandling. Om patienten inte klarar av att följa behandlingsplanen trots upprepade modifieringar kan detta indikera måttligt-svårt substansbrukssyndrom. Forcerad nedtrappning kan i denna situation innebära risk för att patienten påtagligt försämras i hälsa och funktion i vardagen.

Fördelar med behandling bör vägas mot nackdelar i en dialog med patienten. Risk finns att patienter och läkare har olika syn på denna värdering av risk mot nytta. Förskrivande läkare är den som har yttersta ansvaret för val av behandlingsstrategi.

När värdering av nyttan med opioidnedtrappning är osäker är det särskilt viktigt att patienten involveras i dialog och att patienten är delaktig i fortsatt plan för en patientsäker läkemedelsbehandling. Mycket långsam dosreduktion med tex 5-10% per 6 månader kan i många fall accepteras. Då detta förfarande förutsätter en långvarig kontakt är det oftast mest lämpligt att återföra förskrivningsansvaret till ordinarie förskrivare med rekommendation om långsam nedtrappning.

### Värdering av nytta

- Nyttan med aktuell behandling formuleras bäst i termer av bibehållen funktion med konkreta behandlingsmål snarare än skattad smärta.
- Bäst värderas nyttan av läkemedlet genom en uttrappning av preparatet, där patienten får vara med och bestämma takten, följt av en period på 4 veckor helt utan läkemedlet. Fysisk abstinensfas kvarstår i regel 1–4 veckor efter sista dosintag. Längtan/sug efter läkemedel kan kvarstå i månader/år.
- Smärtlindring med opioida läkemedel anses vara effektiv om smärtlindringen resulterar i ökad funktion (fysisk och/eller social funktion). Enbart uppgift om smärtlindring utan effekt på funktion anses ej vara effektiv läkemedelsbehandling.

### Värdering av risker

*Risker med opioidnedtrappning är små men är viktiga att värdera.*

- Patienter som har utvecklat opioidbrukssyndrom kan bli försämrade vid uttrappning och en liten, men känd, risk finns att patienten divergerar till illegalt drogbruk.
- En andel av patienter utan opioidbrukssyndrom kan också försämrans i funktion eller psykisk hälsa efter utsättning av långvarig opioidbehandling. Av den anledningen är det viktigt att följa upp uttrappning med avseende på psykisk hälsa och funktion i vardagen.

*Risker med fortsatt långtidsbehandling är dosberoende.*

- Ökande dos = större risk för negativa konsekvenser. Doser motsvarande >50–90 mg morfinekvivalenter per dygn är särskilt riskfyllda.
- Betydande förekomst av biverkningar med tex kognitiv påverkan, ångest/nedstämdhet, trötthet/sedering, förstoppning/illamående, svettningar, sänkt libido och olycksfall. Patienter har inte sällan vant

sig vid biverkningarna och märker en förbättring först vid dosreduktion eller utsättning.

- Värdera förekomst av riskfaktorer, ex bristande compliance, tidigare överdoser, täta akutbesök med opioidförskrivning, multipla förskrivare, riskbruk av alkohol, bruk av illegala narkotiska substanser, annat samtidigt substansbrukssyndrom, ångest, depression, tidigare beroendesyndrom, hereditet för beroendesyndrom.

Om risker med fortsatt opioidbehandling tydligt överskuggar nyttan och det finns en uttalad ovilja hos patienten att prova nedtrappning så kan med fördel beroendevården konsulteras. Patienter som utvecklat beroendesyndrom kan bli aktuella för bedömning inom beroendepsykiatri för ställningstagande till längre tids nedtrappning inom beroendevården eller substitutionbehandling. Om opioidförskrivningen övertagits tillfälligt från annan enhet bör ansvaret återföras med råd om kontakt med beroendepsykiatri. I de fall där Smärtcentrum åtagit sig ett mer långsiktigt ansvar för opioidbehandlingen ansvarar smärtläkare för kontakt med beroendepsykiatri.

## Hantering av formulär

Frågeformulär och behandlingsplan hanteras som journalhandling och scannas till E-arkiv.

## Relaterad information

Regional medicinsk riktlinje VGR, [Opioider vid långvarig icke-cancerrelaterad](#)

Regional medicinsk riktlinje VGR, [Ansvarsfördelning och konsultationer mellan Västra Götalandsregionens primärvård och specialistsykiatri \(vuxna\)](#)

Regional medicinsk riktlinje VGR, [Alkohol – Skadligt bruk och beroende](#)

Regional medicinsk riktlinje VGR, [Substansbrukssyndrom – cannabis, centralstimulantia och opioider](#)

Regional medicinsk riktlinje VGR, [Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende \(LARO\)](#)

Rutin Smärtcentrum AnOpIVA Östra, [Akuta allvarliga psykiatriska tillstånd hos patienter aktuella på Smärtcentrum](#)

Terapiråd Terapigrupp Smärta VGR, [Konverteringstabeller opioider](#)

Instruktion Regional laboratoriemedicin SU VGR, [Instruktion Salivprovtagning med extraktionsvätska](#)

Remiss Klinisk Kemi SU, [Remiss 6 Klinisk Kemi missbruksmedel](#)

Frågeformulär [AUDIT](#)

Frågeformulär [DUDIT](#)

Frågeformulär [Symptomskattning av möjliga biverkningar från opioidbehandling](#), dokument i Share-Point Smärtcentrum AnOpIVA Östra

[Behandlingsplan opioidnedtrappning](#), dokument i Share-Point Smärtcentrum AnOpIVA Östra

[Patientinformation opioidnedtrappning](#), dokument i Share-Point Smärtcentrum AnOpIVA Östra

Frågeformulär [Uppföljning sjuksköterska](#), dokument i Share-Point Smärtcentrum AnOpIVA Östra

[Standardbrev Opioidnedtrappning](#), dokument i Share-Point Smärtcentrum AnOpIVA Östra

## Arbetsgrupp

Paulin Andréll, Läkare Anestesi Operation Intensivvård Östra, Område 5

Linda Bengtsson, Vårdenhetsöverläkare Smärtcentrum, Anestesi Operation Intensivvård Östra, Område 5

Cecilia Grinsvall, Läkare Anestesi Operation Intensivvård Östra, Område 5

Silva Litrop, Sjuksköterska Anestesi Operation Intensivvård Östra, Område 5

### *Innehållsgranskare*

Louise Samson, Sektionschef Smärtcentrum, Anestesi Operation Intensivvård Östra, Område 5

Ann-Charlotte Eliasson, Enhetschef Smärtcentrum, Anestesi Operation Intensivvård Östra, Område 5

Krzysztof Labuz, Medicinskt ledningsansvarig läkare Beroende, Område 2

Elena Pizarro Ferrero, Vårdenhetsöverläkare LARO, Beroende, Område 2

## Källförteckning

1. Grelz H, Grinsvall C, Svärd J, Persson A, Stjerna J, Andréll P, et al. Kliniskt beslutsstöd för opioidnedtrappning i öppenvård vid långvarig smärta: Utarbetat efter klinisk studie TOPIO för användande företrädesvis i smärtvård och primärvård. Lund University. 2024 Okt 9. Ej publicerad.  
[https://lucris.lub.lu.se/ws/portalfiles/portal/210238069/Kliniskt\\_beslutsstod\\_foer\\_opioidnedtrappning\\_i\\_oppenvard\\_vid\\_langvarig\\_smarta\\_uppdaterat.pdf](https://lucris.lub.lu.se/ws/portalfiles/portal/210238069/Kliniskt_beslutsstod_foer_opioidnedtrappning_i_oppenvard_vid_langvarig_smarta_uppdaterat.pdf)
2. Grelz H, Midlöv P, Håkansson A, Jakobsson U, Fischer MR, Ringqvist A. Tapering of prescribed opioids in patients with long-term non-malignant pain (TOPIO)- efficacy and effects on pain, pain cognitions, and quality of life: a study protocol for

- a randomized controlled clinical trial with a 12- month follow-up. *Trials*. 2021;22(1):503.
3. Dowell D, Ragan KR, Jones CM, Baldwin GT, Chou R. CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain - United States, 2022. *MMWR Recomm Rep*. 2022;71(3):1-95.
  4. IASP. IASP Statement on opioids 2018. <https://www.iasp-pain.org/Advocacy/OpioidPositionStatement?navItemNumber=7225>.
  5. Ballantyne JC. The brain on opioids. *Pain*. 2018;159 Suppl 1:S24-s30.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Anestesi Operation IVA Östra

**Innehållsansvar:** Linda Bengtsson, (linbe13), Överläkare

**Granskad av:** Louise Samson, (loukn1), Sektionschef

**Godkänd av:** Tobias Bergström, (tobni2), Sektionschef

**Dokument-ID:** SU9906-1676734750-215

**Version:** 1.0

**Giltig från:** 2026-04-16

**Giltig till:** 2028-04-16