

Långvarig förskrivning av opioidläkemedel – en komplex situation

NEDTRAPPNINGENS PLATS I DEN KLINISKA HANDLÄGGNINGEN

Emmanuel Bäckryd,
bitr professor, överläkare, Linköpings universitet
• emmanuel.backryd@liu.se

Paulin Andréll,
docent, överläkare, Smärtcentrum/Anopiva Östra, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Marcelo Rivano Fischer,
docent, leg psykolog, Smärtrehabilitering, Skånes universitetssjukhus Lund

Cecilia Grinsvall,
med dr, specialistläkare, Smärtcentrum, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Anders Håkansson,
professor, överläkare, Beroendecentrum Malmö

Thomas F Kallman,
doktorand, ST-läkare, Smärt- och rehabkliniken, Universitetssjukhuset i Linköping

Patrik Midlöv,
professor, distriktsläkare, Vårdcentralen Tåbelund, Eslöv

Åsa Ringqvist,
docent, överläkare, leg psykoterapeut KBT, Smärtrehabilitering, Skånes universitetssjukhus Lund

Henrik Grell,
doktorand, bitr överläkare, Smärtrehabilitering, Skånes universitetssjukhus Lund

Sjukvårdens användning av medicinska opioider skiljer sig radikalt i olika delar av världen. I vissa länder dör människor i onödiga plågor på grund av en problematisk underanvändning av opioider. I andra delar av världen, inte minst i USA, har överförskrivning av medicinska opioider utlöst en folkhälsokatastrof – den omtalade opioidkrisen eller opioidepidemin [1]. Denna paradox illustrerar opioidernas tveeggade egenskaper och att det är nödvändigt att undvika både den överdrivna opioidrådslans och opiocentrismens diken [2, 3].

Det saknas vetenskapligt stöd för att långvarig opioidbehandling är effektiv och säker vid långvarig icke-cancerrelaterad smärta. Studier har snarare visat att utdragen opioidbehandling (överstigande tre månader) saknar fördelar och leder till biverkningar [4, 5]. European Pain Federation (EFIC) har publicerat European clinical practice recommendations, som inkluderar rekommendationen att opioider inte ska användas vid primära långvariga smärttillstånd såsom fibromyalgi, irritabel tarm, primär muskuloskeletal smärta, migrän och spänningshuvudvärk [3]. På grund av en negativ nytta-riskbalans bör således långvarig icke-cancerrelaterad smärta som regel inte behandlas med opioider [6]. I de fall opioider ändå bedöms gynnsamma att använda bör doserna hållas låga (helst <50 mg, och definitivt <100 mg orala morfinekvivalenter per dygn) [7]. Det är av stor vikt att beakta förekomsten av psykiatrisk samsjuklighet vid opioidbehandling vid långvarig smärta på grund av risk för olycksfallsförgiftningar (överdoser) och suicid [8]. Risken att utveckla ett allvarligt opioidbrukssyndrom ska inte heller underskattas [7], och även här är psykiatrisk samsjuklighet som depression en välkänd riskfaktor [9].

Opioider ska inte användas som behandling av långvarig icke-malign smärta hos barn och ungdomar [10].

Denna artikel utgår från en återkommande klinisk situation, nämligen mötet med en patient med långvarig smärta som använt opioider under lång tid. Det allra bästa är förstås att undvika att hamna i denna situation, men givet att man har ansvar för en sådan patient, hur bör man agera som förskrivare? Även om

»I smärtvården får vi återkommande frågor om långvariga behandlingar med opioidläkemedel och hur kollegan som 'ärvt' patienten ska agera.«

den ursprungliga indikationen för förskrivningen enligt dagens kunskapsläge var felaktig, kvarstår det faktum att patienten har fått opioider förskrivna av sjukvården under flera år och kanske decennier. Detta kan inte göras ogjort. Sjukvården har varit delaktig i att exponera individen för ett beroendeframkallande preparat. I smärtvården får vi återkommande frågor om långvariga behandlingar med opioidläkemedel och hur kollegan som »ärvt« patienten ska agera. Syftet med artikeln är att ge en översikt av denna kliniska situation och diskutera nedtrappningens potentiella för- och nackdelar. Men innan frågan om nedtrappning adresseras måste något sägas om gränslandet mellan smärt- och beroendemedicin.

Gränslandet mellan smärt- och beroendemedicin

Cirka en tredjedel av de patienter som remitteras till specialiserad smärtvård i Sverige behandlas med opioider på indikationen långvarig smärta [11, 12]. Forskning och klinisk erfarenhet talar för att detta är en heterogen grupp av patienter. Mätningar av prevalens talar för att var tionde patient i denna population utvecklat ett opioidbrukssyndrom, och uppskattningsvis var tredje har ett problematiskt bruk [13, 14]. Det betyder inte att alla dessa patienter kan betraktas som beroende eller »problematiske« i beroendemedicinsk bemärkelse. Författarnas kliniska erfarenhet sträcker sig från å ena sidan patienter med tidigare heroinberoende som på helt felaktiga grunder ordinerats hög dos fentanylplåster till, å andra sidan, patienter som under decennier använt en låg dos kodein utan att någonsin avvika från given ordination – och

HUVUDBUDSKAP

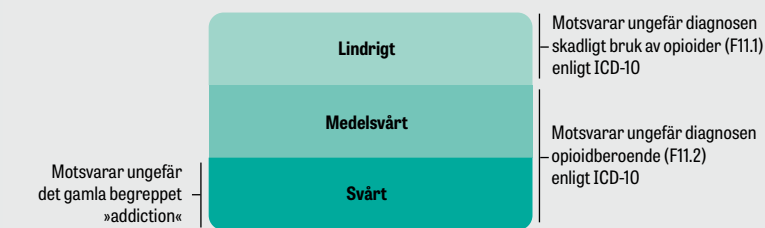
- Långvarig förskrivning av opioidläkemedel är en komplex klinisk situation där indikationen långvarig icke-malign smärta är mindre önskvärd men ändå förekommer.
- Problematisk användning av opioider eller utvecklande av opioidbrukssyndrom förekommer i populationen.
- Nedtrappning med planerat stöd och uppföljning är en medicinsk intervention som bör övervägas.
- Potentiella fördelar inkluderar ökad patientsäkerhet, reversering av biverkningar och en förbättrad helhetsituation.
- Risker inkluderar akuta och långvariga abstinenssymtom samt försämrad psykisk hälsa.

allt däremellan. Långvarig användning av medicinska opioider bör således inte utlösa en stereotyp respons från sjukvårdspersonalen. Inte sällan upplever dock patienter att de blivit stigmatiserade [15]. Samtidigt behöver det finnas en beredskap för att problematiskt bruk eller utvecklat opioidbrukssyndrom kan föreligga hos individer i denna grupp. I mötet med den enskilda patienten finns god anledning att fråga sig om patienten skulle kunna må bättre och ha en högre livskvalitet utan opioidbehandling, oavsett dos. De flesta patienterna i gruppen har inte utvecklat ett opioidbrukssyndrom och kan vara »enkla« att hjälpa. Det händer dock att patienter helt motsätter sig en nedtrappning, samtidigt som förskrivaren bedömer att det finns starka medicinska skäl. En sådan situation kan hanteras genom att lyssna på patientens önskemål och värdera dessa i förhållande till vilka insatser vården kan erbjuda. I nödfall kan en forceerad nedtrappning vara det enda vården kan erbjuda. Att låta nedtrappningen i dessa fall gå långsamt och med förutsägbarhet kan vara en möjlig väg framåt.

Som ovan angetts uppskattas var tionde långtidsanvändare av medicinska opioider lida av »addiction« [13, 14] - en i engelskspråkig litteratur vanlig benämning som ungefär motsvarar ett svårt opioidbrukssyndrom enligt den amerikanska psykiatriska diagnosmanualen DSM-5 [16]. Relationen mellan DSM-5, ICD-10 och det gamla begreppet »addiction« åskådliggörs schematiskt i Figur 1. Osäkerheten i statistiken måste dock betonas, då prevalensen påverkas av vilka mätinstrument som används och vilka populationer som studeras. Det har dessutom länge påpekats att det inte är helt okomplicerat att tillämpa traditionell beroendemedicinsk terminologi på patienter med långvarig smärta som av sjukvården blivit förskrivna opioider på grund av ett upplevt behov av smärtlindring [17]. Patienter som utvecklar ett beroende av förskrivna medicinska opioider skiljer sig på gruppnivå från personer med beroende av illegala opioider i fråga om ett antal epidemiologiska och kliniska faktorer (högre grad av social stabilitet, lägre grad av annan droganvändning, lägre grad av intravenös användning) [18]. Å andra sidan är det sannolikt att de centralnervösa fysiologiska processerna är likartade [19]. Dessutom är smärt- och belöningssystemen integrerade i varandra [20], och långvarig smärta är i sig förknippad med en betydande psykiatrisk samsjuklighet [21]. Gränslandet mellan smärt- och beroendemedicin är således komplext, vilket även illustreras av det faktum att opioider med samma varunamn, beredningsformer och styrkor som förskrivs av vården är tillgängliga på den illegala marknaden.

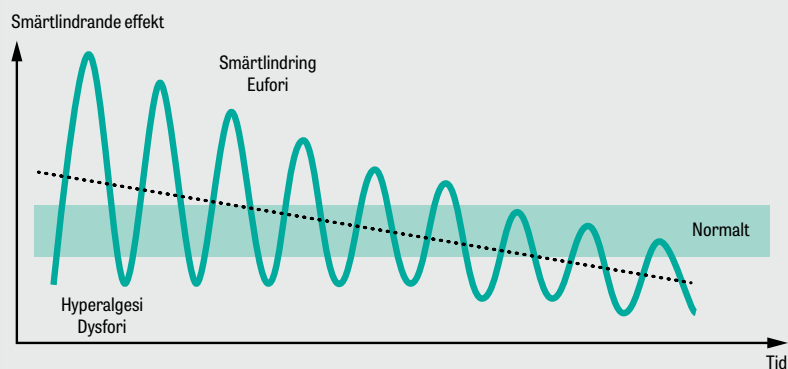
Det har i litteraturen betonats att det hos patienter med långvarig smärta verkar finnas en gräzon mellan å ena sidan fysiologiska förändringar med toleransutveckling och abstinenssymtom (vilket alla individer utvecklar, till större eller mindre grad, efter en tids användning av opioider) och å andra sidan ett opioidbrukssyndrom enligt beroendemedicinska kriterier [22]. Denna gräzon har i engelsk litteratur benämnts på olika sätt: »complex persistent dependence«, »protracted abstinence syndrome« eller »refractory dependence on opioid analgesics« [22, 23]. Dessa benämningar försöker beskriva att det i denna gräzon finns patienter med långvarig smärta

FIGUR 1. Opioidbrukssyndromet enligt DSM-5



► Schematisk relation mellan opioidbrukssyndrom enligt DSM-5, aktuella diagnoser enligt ICD-10 och det i engelskspråkig litteratur ofta förekommande begreppet »addiction«. Baserat på [16, 40, 41]. Återgivet med tillstånd från Liber [42].

FIGUR 2.



► Varje opioidintag ger i stunden smärtlindring och ökat välbefinnande. Exponering för opioider över tid kan dock bidra till ett försämrat helhetsmående även om varje enskilt opioidintag upplevs hjälpa. Att kommunicera denna krock av kortsiktiga effekter och långsiktig försämring av symtom innebär en avsevärd utmaning när frågan om nedtrappning tas upp med patienten. Bilden är baserad på en figur av Ballantyne [43].

som vid nedtrappning av opioider mår och fungerar sämre, samtidigt som de inte »passar in« i beroendemedicinska kategorier. Då är det rimligt att fråga sig om det rör sig om en adekvat medicinsk behandling av smärta eller om patienten utvecklat ett lindrigt opioidbrukssyndrom med liten eller ingen inverkan på arbete, familj eller sociala funktioner förutom när opioiderna tas ifrån dem. I sammanhanget bör påpekas att abstinens kan vara akut (4-10 dagar) med klassiska välkända symtom som dysfori, illamående/kräkningar, diarré, tårar/snuva, gåshud, stora pupiller, svettningar och muskelvärk, vilket många gånger kan hanteras genom en anpassad nedtrappningstakt, men att det också finns en mer långvarig variant av abstinens som kan besvära patienten i årtal och leda till att livet blir svårhanterligt utan opioider [22] - vilket ovan fångas upp av orden »persistent«, »protracted« och »refractory«. Effekten av kontinuerligt opioidintag på smärta och smärtekänslighet illustreras schematiskt i Figur 2.

Nedtrappning av opioider – när och hur snabbt?

En systematisk översikt av sju internationella riktlinjer för nedtrappning av medicinska opioider har nyligen publicerats [24]. Några utvalda delar av slutsatserna redovisas här. Konsensus råder om att möjliga indikationer för nedtrappning kan vara utebliven/osäker smärtlindrande effekt, utebliven/osäker påverkan på funktion, beroendeproblematik eller att den kliniska bilden domineras av biverkningar. Höga doser opioider, ofta definierat som mer än 90-100 mg orala morfinekvivalenter per dygn, eller samförskrivning med exempelvis bensodiazepiner kan också vara möjliga indikationer att inleda nedtrappning av opioiderna. Om en nedtrappning påbörjas råder konsensus om att detta ska ske långsamt, vilket i 6 av de 7 riktlinjerna definieras som 5-10 procent minskning av ursprungsdosen var eller varannan vecka. Det bör dock påpekas att evidensen för en viss nedtrappningstakt är begränsad. Det viktigaste är att individualisera nedtrappningstakten [7] i samråd med patienten. Det finns också en utbredd konsensus om att besvärande abstinens bör föranleda att man saktar ned eller pausar nedtrappningen. Den huvudsakliga metoden för att hantera abstinenssymtom är reglering av opioiddosen. Det kan innebära att gå långsammare fram i nedtrappningen, men också att gå snabbare fram om abstinenssymtomen är besvärande och nedtrappningen är nära slutet, för att på så sätt förkorta perioden med abstinens.

Nytta med nedtrappning

En nedtrappning av opioider har fördelen att biverkningar utlösta av opioiderna kan försvinna. Patientsäkerheten ökar när risken för allvarliga händelser som beroendeutveckling eller överdos minskar. Opioider har många olika biverkningar, vilka diskuteras i grundläggande läroböcker men också har listats nyligen i Läkartidningen [2]. Nedtrappning av opioider kan således leda till exempelvis förbättrad tarmfunktion, minskad trötthet, minskad risk för andningsdepression, förbättrad kognitiv funktion, reversering av opioidinducerad hypogonadism (testosteron respektive östradiol) [25] och minskad muntorrhet. Det är vår kliniska erfarenhet att patienterna i många fall inte har insett hur mycket biverkningar de haft av sin opioidbehandling förrän opioiderna är utsatta.

En möjlig paradoxal effekt av opioidnedtrappning kan vara en förbättrad smärtsituation. Om detta sker kan det tolkas som en reversering av fenomenet opioidinducerad hyperalgesi. Evidensen för detta fenomen kommer mest från djurförsök, och hos människor har det framför allt studerats inom den postoperativa vården efter remifentanilbaserad anestesi [26]. Det har visats att smärtintensiteten på gruppnivå inte tycks förvärras efter utsättning av opioider och att den kanske till och med kan minska [27]. Den senaste studien bör tolkas med försiktighet, inte minst på grund av risken för selektionsbias. Icke desto mindre slår amerikanska CDC (Centers for Disease Control and Prevention) fast att frivillig nedtrappning av opioider för de flesta patienter leder till oförändrad eller till och med förbättrad funktion och psykiskt mående, samtidigt som smärtintensiteten ofta är oförändrad eller till och med kan minska [7]. Ett annat sätt att se på en smärtminskning är möjligheten att ge-

nomgången nedtrappning innebär att patienten inte längre försätts i ett smärtökande abstinensstillstånd flera gånger dagligen. Om däremot tätt upprepade abstinensbesvär (vilket inkluderar mer smärta) hanteras av individen med extra opioidintag så riskerar beteendet att utveckla eller befästa ett beroendesyndrom genom negativ förstärkning.

Risker med nedtrappning

Den risk som både patient och sjukvårdspersonal instinktivt först kommer att tänka på är att smärta kan öka och/eller att funktionen kan minska. Många patienter som börjar trappa ned opioider upplever en ökad smärtintensitet, och då är det lätt hänt att både patient och sjukvårdspersonal tar detta som ett »bevis« för ett underliggande behov av opioidbehandling [28]. Det är dock viktigt att komma ihåg att abstinens i sig är smärtsam [23]. Ökad smärta under nedtrappning kan därför ses som en normal fysiologisk reaktion. Upplevelsen behöver mötas

»En möjlig paradoxal effekt av opioidnedtrappning kan vara en förbättrad smärtsituation. Om detta sker kan det tolkas som en reversering av fenomenet opioidinducerad hyperalgesi ...«

med intresse och empati från vårdgivarens sida och förklaras som förväntad och inte tillmätas för stor betydelse. Även patienter med ökad smärta under nedtrappningen kan lyckas att nå dosreduktion eller total utsättning i studier [29]. Vår erfarenhet är densamma, och med regelbundet stöd från sjuksköterska kan patienter komma över den tröskel som ökad smärta i abstinensfasen kan innebära. Abstinenssymtom kan ofta hanteras framgångsrikt med stöd från vården med en nedtrappningsplan där opioiderna ges i långverkande beredning för att undvika faser av abstinens. En justering av nedtrappningstakten kan också vara till hjälp, då både långsammare (främst initialt) eller snabbare (mot slutet) takt kan minska eller förkorta tiden med abstinenssymtom. Andra läkemedel att använda vid abstinensbesvär kan vara NSAID vid muskulär värk eller icke beroendeframkallande sederande preparat (antihistaminer eller alimemazin) vid behandling av ökad oro och tillfälliga sömnstörningar.

Det finns studier som påtalar att nedtrappning av opioider är förknippad med risker för den psykiska hälsan, till exempel i form av depressivitet, ångest eller till och med suicidförsök/suicid [30, 31]. Det kan även finnas en risk att patienten övergår till att använda illegala opioider i stället. Nedtrappning introducerar således nya risker som vårdpersonalen behöver vara medveten om [32]. Den amerikanska läkemedelsmyndigheten utfärdade 2019 en varning om att patienter kommit till allvarlig skada vid abrupt utsättning eller forcerad/alltför snabb nedtrappning av

opioider [33]. Nedtrappning av opioider efter en lång tids användning bör ses som en medicinsk intervention, och som sådan har den risker. Samtidigt betyder inte detta att man principiellt ska avstå från nedtrappning. Vårdpersonal behöver vara medveten om dessa risker och följa upp hur nedtrappningen förlöper. En initialt tät och för patienten förutsägbar kontakt med vården ökar motivationen och minskar risken för att känna sig övergiven samt bidrar till ökad patientsäkerhet.

Klinisk värdering av nytta och risk med nedtrappning

I en kvalitativ studie beskrev patienterna sin uppfattning av nedtrappningen på fyra olika sätt: »välmående«, »motståndskraftig«, »överlevande« och »stressad« [29]. Dessa benämningar motsvarar väl författarnas kliniska erfarenhet. Enkelt uttryckt: en del patienter mår mycket bättre utan opioider, andra mår ungefär likadant och »står ut« mer eller mindre bra, medan andra mår mycket dåligt. I vissa fall är det uppenbart att opioiderna inte kan trappas ut utan betydande påverkan på individens aktivitetsnivå, och det kan då finnas goda pragmatiska skäl att låta patienten stå kvar på en kontrollerad och stabil opioidbehandling. Försök till nedtrappning av opioider, med en samtidig beredskap för ett heterogent utfall, kan vara ett systematiskt sätt att utvärdera indikationen för fortsatt opioidbehandling men också ett sätt att identifiera utvecklade opioidbrukssyndrom [34].

Konsultation med beroendevård kan bli aktuell då substansbrukssyndrom misstänks föreligga. I vissa fall kan det övervägas om det behövs en långsiktig substitutionsbehandling, s k LARO (läkemedels-assisterad rehabilitering vid opioidberoende). Sådan behandling innebär dock i praktiken en ofta mångårig daglig medicinering med långverkande opioider, i allmänhet kombinationspreparatet buprenorfin-naloxon, i kombination med återfallsförebyggande insatser och förebyggande av annan substansproblematik. Sedan några år tillbaka är det i Sverige både möjligt och etablerat att vid behov erbjuda sådan behandling även till personer som inte har utvecklat beroende avseende traditionella illegala opioider såsom heroin [35]. Även beroendevården ställs inför frågan att trappa ned eller inte och, om inte, att överväga LARO [34, 36]. Patienter med långvarigt bruk av medicinska opioider utgör inte en homogen population [23], vilket innebär att forskrivaren inte bör anta en stereotyp inställning kring beslut om nedtrappning. Patientens sjukdomsbild och livssituation kan också ändras över tid, varför bedömningen av nedtrappning behöver upprepas, och analysen kan leda till olika beslut vid olika tidpunkter. Potentiella för- och nackdelar med en nedtrappning listas i Tabell 1.

Vad är en lyckad nedtrappning?

Om nedtrappning ska initieras, hur långt ska den drivas? Vad är ett lyckat resultat?

Allvarliga risker med opioider förefaller vara dosberoende, vilket för med sig att dossänkning kan vara ett rimligt mål att uppnå. I en Cochrane-rapport från 2017 som undersökte interventioner för opioidnedtrappning sattes en gräns på 50 procents dosreduktion från begynnelse-dos som ett lyckat utfall [37]. Ett lyckat utfall innefattar också att patienten samtidigt

TABELL 1. Nyttan och risker med nedtrappning. För detaljer, se texten.

Nyttan med nedtrappning	Risker med nedtrappning (främst vid forcerad nedtrappning)
<ul style="list-style-type: none"> ● Förbättrad psykisk hälsa och kognition ● Ökad eller bibehållen aktivitetsnivå över tid ● Biverkningar utlösta av opioider kan reverseras ● Smärtintensitet är oförändrad eller kan förbättras ● Minskad exponering för opioider i populationen minskar risk för utveckling av substansbrukssyndrom och överdos 	<ul style="list-style-type: none"> ● Försämrad psykisk hälsa ● Sänkt aktivitetsnivå över tid ● Liten, men känd, risk för övergång till illegalt införskaffade opioider

kan upprätthålla eller rentav förbättra sin funktion i vardagen.

Patienter som helt avslutat behandlingen är, enligt vår kliniska erfarenhet, de som är mest nöjda. Forskrivare bör därför i mesta möjliga mån ha opioidfrihet som mål. Även när opioidfrihet inte går att nå kan en minskning av dygnsdosen, helst till mindre än 50 mg orala morfinekvivalenter [7], i sig vara positiv ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

Slutsats och framtida forskning

Opioidbehandling för långvarig smärta ska återkommande utvärderas med ställningstagande till nedtrappning. Nedtrappning bör betraktas som en medicinsk intervention. Patientens medverkan, biverkningsprofil och funktion i vardagen kan tala för eller emot nedtrappningsförsök. Faktorer som starkt talar

»Nedtrappning bör betraktas som en medicinsk intervention. Patientens medverkan, biverkningsprofil och funktion i vardagen kan tala för eller emot nedtrappningsförsök.«

för rekommendation om nedtrappning är biverkningar som kan bero på opioidintag, höga doser, problematiskt bruk eller utvecklande av opioidbrukssyndrom, samtidig behandling med bensodiazepiner eller alkoholöverkonsumtion. För framgångsrik nedtrappning rekommenderas en tydlig, gärna skriftlig, nedtrappningsplan och regelbundet stöd från vården där patientens egen motivation till nedtrappning lyfts fram.

Vi emotser resultat från Topio-studien (Tapering of opioids) [38], en randomiserad kontrollerad studie som startade i Lund 2018, utvidgades 2021 till att även inkludera Linköping och Göteborg och avsluta-

de rekrytering under 2024. Under de kommande åren kommer data från Topio att kunna generera värdefull kunskap om nedtrappning av opioider i en svensk kontext. Ur studieprotokollet har ett stödmaterial utvecklats för användning inför, under och vid uppföljning av opioidnedtrappning [39]. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Paulin Andréll är styrelseledamot i Svenska smärtläkarföreningen och i Swedish Pain Society; Åsa Ringqvist har föreläst på uppdrag av Grunenthal; Henrik Grelz är styrelseledamot i Svenska smärtläkarföreningen.

Citera som: *Läkartidningen*. 2025;122:24143

REFERENSER

- Bäckryd E. Should cancer pain still be considered a separate category alongside acute pain and chronic non-cancer pain? Reflections on ICD-11. *Front Pain Res (Lausanne)*. 2024;5:1397413.
- Bäckryd E. Att navigera mellan opioidrädsla och opioidcentrism i dagens vård. *Läkartidningen*. 2022;119:21198.
- Häuser W, Morlion B, Vowles KE, et al. European^{*} clinical practice recommendations on opioids for chronic noncancer pain - part 1: Role of opioids in the management of chronic noncancer pain. *Eur J Pain*. 2021;25(5):949-68.
- Els C, Jackson TD, Kunyk D, et al. Adverse events associated with medium- and long-term use of opioids for chronic non-cancer pain: an overview of Cochrane reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(10):CD012509.
- Chaparro LE, Furlan AD, Deshpande A, et al. Opioids compared to placebo or other treatments for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(8):CD004959.
- International Association for the Study of Pain (IASP). Opioids for pain management. February 2018. <https://www.iasp-pain.org/advocacy/iasp-statements/opioids-for-pain-management/>
- Dowell D, Ragan KR, Jones CM, et al. CDC clinical practice guideline for prescribing opioids for pain - United States, 2022. *MMWR Recomm Rep*. 2022;71(3):1-95.
- Socialstyrelsen. Ökning av läkemedels- och narkotikarelaterade dödsfall förra året [pressmeddelande]. 23 nov 2023. <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/okning-av-lakemedels-och-narkotikarelaterade-dodsfall-forra-aret/>
- Volkow ND, McLellan AT. Opioid abuse in chronic pain - misconceptions and mitigation strategies. *N Engl J Med*. 2016;374(13):1253-63.
- Berg K, Caverius U, Ekström G, et al. Nytt vårdprogram för barn och ungdomar med långvarig smärta. *Läkartidningen*. 2024;121:24057.
- Grelz H, Fischer MR, Priouzfard M, et al. Prevalence of long-term opioid therapy in a chronic non-cancer pain population attending a university-based tertiary pain clinic in Sweden: a cross-sectional study. *J Rehabil Med*. 2024;54:jrm00270.
- Kallman TF, Bäckryd E. Prevalence of analgesic use in patients with chronic pain referred to a multidisciplinary pain centre and its correlation with patient-reported outcome measures: a cross-sectional, registry-based study. *J Rehabil Med*. 2020;52(11):jrm00126.
- Thomas KH, Dalili MN, Cheng HY, et al. Prevalence of problematic pharmaceutical opioid use in patients with chronic non-cancer pain: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2024;119(11):1904-22.
- Vowles KE, McEntee ML, Julnes PS, et al. Rates of opioid misuse, abuse, and addiction in chronic pain: a systematic review and data synthesis. *Pain*. 2015;156(4):569-76.
- Dassieu L, Heino A, Develay E, et al. »They think you're trying to get the drug«: Qualitative investigation of chronic pain patients' health care experiences during the opioid overdose epidemic in Canada. *Can J Pain*. 2021;5(1):66-80.
- Volkow ND, Koob GF, McLellan AT. Neurobiological advances from the brain disease model of addiction. *N Engl J Med*. 2016;374(4):363-71.
- Campbell G, Bruno R, Lintzeris N, et al. Defining problematic pharmaceutical opioid use among people prescribed opioids for chronic noncancer pain: do different measures identify the same patients? *Pain*. 2016;157(7):1489-98.
- Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019. Artikelnr 2019-1-16.
- Camí J, Farré M. Drug addiction. *N Engl J Med*. 2003;349(10):975-86.
- Ballantyne JC, Sullivan MD. Discovery of endogenous opioid systems: what it has meant for the clinician's understanding of pain and its treatment. *Pain*. 2017;158(12):2290-300.
- Bäckryd E, Alfvöld P. Långvarig smärta - relationen till ångest och depression är komplex. *Läkartidningen*. 2023;120:23010.
- Manhapra A, Arias AJ, Ballantyne JC. The conundrum of opioid tapering in long-term opioid therapy for chronic pain: a commentary. *Subst Abuse*. 2018;39(2):152-61.
- Ballantyne JC, Sullivan MD, Koob GF. Refractory dependence on opioid analgesics. *Pain*. 2019;160(12):2655-60.
- Hamilton M, Kwok WS, Hsu A, et al. Opioid de-prescribing in patients with chronic noncancer pain: a systematic review of international guidelines. *Pain*. 2023;164(3):485-93.
- Kallman TF, Bäckryd E. The effects of opioid tapering on select endocrine measures in men and women with head and neck cancer-a longitudinal 12-month study. *Pain Rep*. 2024;9(5):e1183.
- Guichard L, Hirve A, Demiri M, et al. Opioid-induced hyperalgesia in patients with chronic pain: a systematic review of published cases. *Clin J Pain*. 2021;38(1):49-57.
- McPherson S, Lederhos Smith C, Dobscha SK, et al. Changes in pain intensity after discontinuation of long-term opioid therapy for chronic noncancer pain. *Pain*. 2018;159(10):2097-104.
- Ballantyne JC. The brain on opioids. *Pain*. 2018;159(Suppl 1):S24-30.
- McNeillage AG, Avery NS, Holliday S, et al. A qualitative trajectory analysis of patients' experiences tapering opioids for chronic pain. *Pain*. 2022;163(2):e246-60.
- Agnoli A, Xing G, Tancredi DJ, et al. Association of dose tapering with overdose or mental health crisis among patients prescribed long-term opioids. *JAMA*. 2021;326(5):411-9.
- Hallvik SE, El Ibrahim S, Johnston K, et al. Patient outcomes after opioid dose reduction among patients with chronic opioid therapy. *Pain*. 2022;163(1):83-90. Erratum: 2022;163(4):e613.
- Darnall BD, Fields HL. Clinical and neuroscience evidence supports the critical importance of patient expectations and agency in opioid tapering. *Pain*. 2022;163(5):824-6.
- US Food and Drug Administration (FDA). Drug safety communications. FDA identifies harm reported from sudden discontinuation of opioid pain medicines and requires label changes to guide prescribers on gradual, individualized tapering. Safety announcement. 9 apr 2019. <https://www.fda.gov/media/122935/download?attachment>
- Kakko J, Gedeon C, Sandell M, et al. Principles for managing OUD related to chronic pain in the Nordic countries based on a structured assessment of current practice. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2018;13(1):22.
- Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. Kunskapsstöd - i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020. Artikelnr 2020-3-6607.
- Worley MJ, Heinzerling KG, Shoptaw S, et al. Pain volatility and prescription opioid addiction treatment outcomes in patients with chronic pain. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2015;23(6):428-35.
- Eccleston C, Fisher E, Thomas KH, et al. Interventions for the reduction of prescribed opioid use in chronic non-cancer pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(11):CD010323.
- Grelz H, Midlöv P, Håkansson A, et al. 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.
- Grelz H, Grinsvall C, Svärd J, et al. Kliniskt beslutsstöd för opioidnedtrappning i öppenvård vid långvarig smärta. Utarbetat efter klinisk studie TOPIO för användande företrädesvis i smärtvård och primärvård. Lund: Lunds universitet.
- Läkemedelsboken; Guterstam J, Håkansson A. Narkotika. 3 dec 2024. <https://lakemedelsboken.se/terapiomraden/beroesdesjukdomar/narkotika>
- Compton WM, Dawson DA, Goldstein RB, et al. Crosswalk between DSM-IV dependence and DSM-5 substance use disorders for opioids, cannabis, cocaine and alcohol. *Drug Alcohol Depend*. 2013;132(1-2):387-90.
- Bäckryd E. Opioider och det komplexa gränslandet mellan smärt- och beroendemedicin. I: Bäckryd E, Werner MU (redaktörer). Långvarig smärta. Smärtmedicin vol 2. Stockholm: Liber; 2021. p. 492-9.
- Ballantyne JC. Opioids for the treatment of chronic pain: mistakes made, lessons learned, and future directions. *Anesth Analg*. 2017;125(5):1769-78.

SUMMARY

To taper or not to taper opioids – that is the question

There is a lack of evidence for long-term opioid treatment of chronic non-cancer pain. According to European guidelines, opioids should not be used for primary chronic pains. It is important to continuously assess the benefits and harms of each opioid treatment and, if indicated, discontinue it as early as possible to prevent an adverse trajectory. Long-term opioid treatment is a clinically complex situation in which the issue of tapering (deprescribing) should be considered. Tapering is a medical intervention that entails planned support and close follow-up. Potential benefits include increased safety, reversal of side effects, and an improved overall situation. Risks include acute and protracted withdrawal symptoms (including worsening pain) and impaired mental health. Problematic use of opioids (including opioid use disorder) occurs in this population, but prescribers should avoid a stereotypical and stigmatizing attitude.