

Kasuistik

Smertedækning og substitutionsbehandling ved svær PTSD

Signe Wegmann Düring^{1, 2, 3} & Iben Gammelgård Walstrøm^{2, 3}

1) Institut for Klinisk Medicin, Københavns Universitet, 2) Psykiatrien Vest, Midt- og Vestsjællands Hospital, 3) Forskningsenheden, Midt- og Vestsjællands Hospital

Ugeskr Læger 2026;188:V04260277. doi: 10.61409/V04260277

Langtidsbehandling af smerter og sekundært udviklet opioidafhængighed er en kompleks opgave, der kræver god kontakt og relation med patienten, uanset om der er psykisk lidelse eller ej. Psykisk lidelse, anden kulturel baggrund, manglende sprogkunderskaber og sparsomt netværk kan vanskeliggøre afprøvning af behandlingsinterventioner og opbygningen af en stabil relation. I regional psykiatri har man siden 2025 tilbudt integreret dobbeltdiagnosebehandling til mennesker med svær psykisk lidelse og samtidig rusmiddelafhængighed [1]. Denne kasuistik beskriver et vellykket behandlingsforløb med komplicerede smerter og opioidafhængighed.

Sygehistorie

En 36-årig mand fra Ukraine flygtede alene til Danmark i 2025. Han blev såret i 2015 under invasionen af Krim med skudlæsioner på kroppen, i ansigtet, underkæben, maveregionen, lysken, fodleddet og foden og opereret flere gange i sit hjemland. Som følge af irreversible bevægeapparatsskader har han siden 2015 været kørestolsbruger. De fysiske skader medvirkede til et stigende forbrug af tramadol og et rusmiddelbrug af alkohol og cannabis. Patienten blev i 2025 henvist til ambulant psykiatri fra Center for traumatiserede flygtninge på baggrund af øget tolerance for opioider og mistanke om afhængighed af dette, hvilket ikke kunne håndteres der (**Figur 1**). Han fik i det ambulante team diagnosticeret PTSD grundet flashbacks, panikangstanfald, påvirket nattesøvn og undgåelsesadfærd som følge af krigsdeltagelse og blev der behandlet med sertralin [2, 3]. Der blev også forsøgt søvnfremmende behandling med melatonin, promethazin og quetiapin med sparsom effekt. Lorazepam havde bedst effekt på søvnforstyrrelser, men patienten eskalerede forbruget heraf. Relationen mellem teamet og patienten var i starten præget af sproglige udfordringer, da patienten udelukkende talte ukrainsk og russisk. Sprogbarrieren førte i starten til udeblivelser og misforståelser. Det ambulante team begyndte at bruge telefonolke til at

give korte beskeder. Herved opnåedes et godt samarbejde med patienten, og han begyndte at skrive til teamet om symptomer. Patienten blev tilbudt integreret dobbeltdiagnosebehandling (IDD) grundet insufficient smertedækning og toleransudvikling for tramadol samt rusmiddelbrug af alkohol og cannabis. Baselinedosis af tramadol blev sat til 500 mg i døgnet fordelt på 100 mg tramadol $\times$ 5, da dette var patientens primære opioid. Dernæst indvilgede patienten i at afprøve omlægning fra tramadol til buprenorphin trods risiko for at opleve flere smerter [4, 5]. Omlægningen foregik uproblematisk ved syv døgns elektiv indlæggelse i psykiatrisk sengeafsnit ved traditionelt skifte og med kortvarigt ubehag i forbindelse med omlægning. Ved udskrivelse var døgndosis 10 mg buprenorphin, og patienten oplevede sig smertedækket. Der var positive afledte effekter af behandling med buprenorphin – bedring af søvn og øget mentalt overskud – hvilket medvirkede til lindring af PTSD-symptomer. Efter ugers stabilitet på tabletbehandling overgik patienten til ugentlig injektion med 16 mg depotbuprenorphin grundet behov for stabil behandling og hensynet til patientens flygtningestatus – med insufficient smertedækning til følge. Ved 32 mg var der fortsat insufficient effekt, hvor peroral administration af buprenorphin blev genoptaget. I skrivende stund forløber udtrapning af benzodiazepinerne planmæssigt, og patientens tilstand er stabiliseret så meget, at det i højere grad er muligt at begynde at behandle hans PTSD nonfarmakologisk.

FIGUR 1 Ankomst til behandlingsstedet. Foto er bragt med patientens tilladelse.



Diskussion

Hos mennesker med samtidig smertetilstand og afhængighed af opioider kan det være vanskeligt at konvertere til buprenorphin grundet frygt for insufficient smertedækning og risiko for at skulle udholde abstinenser i processen. I dette tilfælde var der sproglige udfordringer, manglende netværk og mobilitetsproblemer, der ligeledes skulle håndteres. Inden IDD blev etableret, ville denne type patient være blevet behandlet på rusmiddelcenter uden mulighed for behandling af PTSD. Det var centralt, at behandlingen blev samlet hos et team, der kunne håndtere begge dele [1]. Symptombehandling blev et godt afsæt for at kunne diskutere konverteringen til buprenorphin og for at skabe en tillidsfuld kontakt mellem behandler og patient, der kom til at danne grundlaget for den vellykkede behandling. Forventningen til, hvilke vilkår der skal være til stede for at gennemføre en sådan behandling, er ofte farvet af systemets krav om fremmøde og kontaktform, og den fornødne fleksibilitet er ikke til stede. Dette er et eksempel på, at der kan komme gode resultater ud af at forsøge behandling på trods af vanskelige vilkår og sikre, at tilknytningen er stabil i et team, samt have mulighed for indlæggelse til understøttelse af behandlingen.

Korrespondance *Signe Wegmann Düring*. E-mail: sdui@regionsjaelland.dk

Antaget 28. maj 2026

Publiceret på ugeskriftet.dk 28. september 2026

Interessekonflikter SWD oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i Camurus. Alle forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artiklerference Ugeskr Læger 2026;188:V04260277

doi 10.61409/V04260277

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

SUMMARY

Opioid substitution and pain management in a case of severe PTSD

This case report describes a highly complicated case with combined chronic pain, substance use disorder (SUD) and social challenges following war participation in Ukraine. The patient had developed PTSD and SUD because of pain management and was enrolled in dual diagnosis treatment in out-patient psychiatry. The patient successfully transitioned to long-acting buprenorphine leading to better pain management and remission in SUD, improving both treatment relation and clinical treatment of PTSD by use of integrated dual diagnosis treatment.

REFERENCER

1. Sundhedsstyrelsen. Visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig

- rusmiddelproblematik, 2023. <https://www.sst.dk/media/aowkubd0/visitationsretningslinje-dobbeltdiagnose.pdf> (05. jun 2026)
2. Kelmendi B, Adams TG, Yarnell S et al. PTSD: from neurobiology to pharmacological treatments. Eur J Psychotraumatol. 2016;7(1):31858. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.31858>
 3. Burback L, Brémault-Phillips S, Nijdam MJ et al. Treatment of posttraumatic stress disorder: a state-of-the-art review. Curr Neuropharmacol. 2024;22(4):557-635. <https://doi.org/10.2174/1570159X21666230428091433>
 4. Koller G, Schwarzer A, Halfter K, Soyka M. Pain management in opioid maintenance treatment. Expert Opin Pharmacother. 2019;20(16):1993-2005. <https://doi.org/10.1080/14656566.2019.1652270>
 5. Sundhedsstyrelsen. Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin: lovkrav og anbefalinger, 2017. (<https://www.sst.dk/udgivelser/2017/vejledning-til-laeger-der-behandler-opioidafhaengige-patienter-med-substitutionsmedicin>) (05. jun 2026)