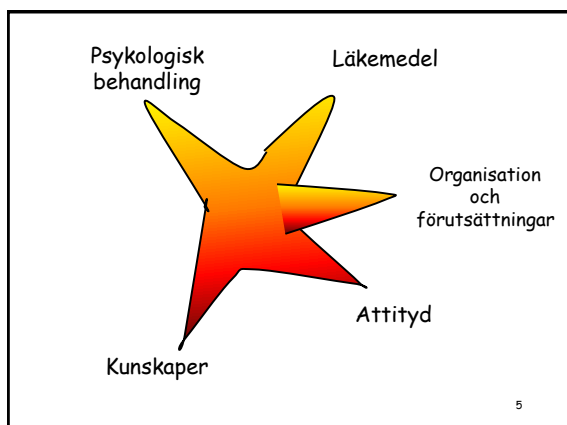


Medicinering under
akutpsykiatrisk vård

Akutpsykiatrisk vård
Maj 2017

Michael Rangne
Överläkare, specialist i psykiatri
mrange@gmail.com
www.lorami.se
Maj 2017

Del 1:
Läkemedelsbehandling



Några platser där man skulle kunna hoppas på nationella evidensbaserade lathundar för behandling av akuta tillstånd

- www.psykiatristod.se
- www.sbu.se
- www.socialstyrelsen.se
- www.lakemedelsboken.se

• Cochrane och NICE har riktlinjer

• På psykiatristod.se och på NSP´s intranät finns vissa rekommendationer, **men de slutar ungefär där svårigheterna börjar, dvs där patienten inte svarar på denna behandling.**

7

Några informationskällor

- www.lakemedelsboken.se
- www.janusinfo.se
- klokalistan.janusinfo.se/2016/Psykiatri/
- www1.psykiatristod.se/psykiatristod/
- www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-kommentar/hantering-av-hot-och-vald-inom-psykiatri--val-av-lakemedel-for-sedering-i-akuta-situationer/
- www.sbu.se
- www.lakemedelsverket.se
- www.socialstyrelsen.se
- www.viss.nu

Några orsaker till agitation

"Ospecifikt tillstånd av överdriven och dåligt organiserad psykomotorisk aktivitet orsakad av fysiskt eller psykiskt obehag."

- Somatisk sjukdom
- Substanspåverkan
- Abstinens
- Utvecklingsstörning
- Psykos
- Mani
- Äldre med demens och BPSD
- Personlighetsstörning, f f a emotionell instabilitet, narcissism, antisociala drag
- Autismspektrumstörning
- ADHD

9

Patienter med ökad risk för våld

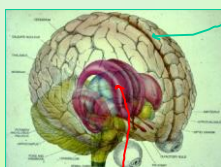
- Demens och annan kognitiv nedsättning.
- Berusning och annan drogpåverkan.
- Abstinens.
- Mani.
- Psykos.
- Imperativ hörselhallucinos.
- Personlighetsstörning (narcissism, borderline, histrionisk, antisocial).
- Depression (män).
- ADHD.
- Autismspektrumstörning.
- Utvecklingsstörning.

10



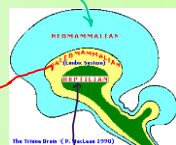
11

Varken del av hjärnan är för tillfället inkopplad?



Limbiska systemet, "röd zon": Känslor, drifter, självkänsla, religion, värderingar...

Neocortex, "grön zon: Intellekt, empati, humor, vädja, be, resonera...



Reptilhjärnan: Flykt, anfall, spela död...

12

Tack till Lennart Lindén, UGIL konsult, för pedagogiken!



Handläggning av akut agitation

1. Preliminär diagnos
 - Bedöm art och grad av agitation.
 - Uteslut intoxication och annan somatisk genes.
 - Samla information- journal, missbruksanamnes, u-toxscreening
1. Bedöm allvarlighetsgrad och våldsrisk
2. Lugna, motverka eskalering
 - Omvårdnadsåtgärder, dialog, stimulireduktion, samarbeta med personal, tät tillsyn av patienten
3. Frivillig medicinering: peroralt, ev intramuskulär injektion
4. Tvångsmedicinering: intramuskulär injektion

14

Prioritera - ta hand om den mest laddade patienten först

En patient med aggressionsrisk utgör en medicinsk högrisksituation och en fara för sig själv, medpatienterna och personalen.

Låt inte denna patient vänta utan avbryt vad du håller på med och ta hand om honom NU.

15

Konfusion

- **Konfusion är tills motsatsen är bevisad en somatisk sjukdom.**
- Vanligt konsultationsfall på somatiken.
- Några vanliga tillstånd att utesluta är hypoxi p g a kardiiovaskulär sjukdom eller lungsjukdom, läkemedelsbiverkan, smärta, infektion, postoperativt, urinretention, obstipation, demens.
- Noggrant somatiskt status, missbruksanamnes, drogscreening, läkemedelsgenomgång, kontrollera läkemedelsförteckningen.

Konfusion, forts

- Omvårdnadsåtgärder och läkemedelssanering i första hand.
- Symtomatisk behandling om patienten inte medverkar till nödvändig somatisk vård: Ospecifikt sederande alt. specifikt dämpande läkemedel.
- **Risperidon/Haloperidol** (tabl, lösning) 0,25-0,5mg x 1-2.
- Undvik bensodiazepiner. **Diazepam** 2,5-5 mg i m/i v x 1-3 i nödfall, för kraftigare sedation för att möjliggöra oundgänglig somatisk vård.
- Tvångsåtgärder enligt LPT kan vara tillämpligt som sistahandsåtgärd om ovanstående inte räcker och oundgänglig somatisk vård inte kan ges - "akut fara för patientens liv/hälsa."

"Gränssättning"

- **Felaktig gränssättning kan skapa konfliktsituationer.**
- Tala om att det är beteendet som inte kan accepteras, inte patienten.
- Var tydlig med **varför** beteendet inte kan accepteras.
- Försök få patienten att själv föreslå alternativ till beteendet. "Hur kan du göra istället när du är så här arg, så att ingen kommer till skada?"

26

En "suicidriskbedömning" är aldrig bara en bedömning!

Varje samtal inverkar ofrånkomligen på patientens grad av suicidalitet. Frågan är inte OM du ska påverka denna risk, utan i **VILKEN RIKTNING!**

28

Kan du hitta ett sätt att bli sams?

Den patient som från början inte var överhängande självmordsnära...

...kan mycket väl vara det efter ett samtal med någon i vården!



29

En "våldriskbedömning" är aldrig bara en bedömning!

Varje samtal inverkar ofrånkomligen på patientens grad av aggressivitet. Frågan är inte OM du ska påverka denna risk, utan i **VILKEN RIKTNING!**

30

"Svåra" barn - vuxnas tolkningar

Explorativa barn

| | | |
|--|---|--|
| <p>Tolkning</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Besvärlig ▪ Viljestark ▪ Enveten ▪ Manipulativ ▪ Omedgörlig ▪ Trotsig ▪ Krävande ▪ Uppmärksamhetskrävande ▪ Olämplig uppfostran ▪ Bortskämd | → | <p>Förhållningssätt</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Uppmuntra medgörlighet ▪ "Sätta gränser" ▪ "Lära barnet vem som bestämmer" |
|--|---|--|

Din tolkning vägleder din intervention!

31

Hur fri är den "fria viljan"?

Ett "fritt" handlande förutsätter bland annat att

- Vi förmår **uppfatta och tolka omvärlden** korrekt.
- Vårt handlande inte styrs av depressiva- eller andra **vanföreställningar**.
- Vårt handlande inte styrs av **outhärdlig ångest**.
- Vi kan **förstå konsekvenserna** av våra handlingar.
- Vi kan **behärska våra impulser**.
- Vi har **inlevelseförmåga**, så att vi förstår hur vårt handlande upplevs av andra.

Dessa förutsättningar är vanligen mer eller mindre nedsatta vid allvarlig psykisk sjukdom.

32

Hur ser VÅRA kartor ut?

"Jobbiga" patienter - förslag till utgångspunkt

- Patienten gör alltid **sitt allra bästa**.
- Han har bara **inte kommit på** ett bättre sätt än.
- Kanske **kan du lära honom**, med hjälp av litet autentisk återkoppling?

33

När patienten uppfattas rigid - "följer inte avdelningens rutiner" - vem är det egentligen som är mest rigid?

35

Åtta råd enligt Bergenprojektet (nr 4+9 egna tillägg)

1. Visa positiv respekt, **patienten ska känna att du är där för att hjälpa till.**
2. **Lyssna!**
3. Var närvarande, koncentrerad och visa intresse. **Försök förstå varför patienten är upprörd och vad hon vill.**
4. **Bekräfta patientens känslor.** De är förståeliga utifrån omständigheterna och hur patienten upplever situationen. "Du verkar upprörd. Inte konstigt när du förts hit mot din vilja."
5. **Ge patienten tid att prata och ställa frågor.** Prata med patienten flera gånger innan beslut fattas. Berätta för patienten vad som händer.
6. **Tala lugnt, med mild röst.**
7. **Tänk på ditt kroppsspråk, håll avstånd och ögonkontakt.**
8. **Ge patienten förslag, i stället för att kritisera.**
9. **Fråga vad du kan göra för att hjälpa patienten med upprördheten.** Kaffe? Promenad? Samtal?
10. **Samarbeta i arbetsgruppen, tala med varandra, låt alla veta vad du gör.**

36

Några tankar från en klok ex-patient

- **Delaktighet är centralt.** Förutsätter att patienten får information.
- **Delaktighetstrappan:** information → konsultation → dialog → samarbete → medbestämmande.
- **Förklara SYFTET** med vården/inläggningen, liksom med eventuella formulär man ber att få ifylla.
- **Förvarna om eventuella biverkningar**, för att inte äventyra förtroendet.
- Målet är att patienten ska få den vård hen behöver, och att hen ser att hen får det.
- **Vid bältesläggning:** Tala till patienten hela tiden, håll kontakten levande, fråga vad som hjälper och känns bra. Patienter är vår medmänniska även i de allra svåraste stunderna.

Tips för att hantera människor i "röd zon"

- Håll dig själv lugn, höj inte rösten.
- Var närvarande, uppfatta vad som händer.
- Ta ansvar för "klimatet". Vänlighet och mjukt tonfall.
- Förmedla empati, att du ser hans smärta.
- "Kom" från rätt plats: Visa att du är vän, på hans sida, att du vill väl.
- Logik, vädjan till det vuxna i den andre och humor fungerar vanligen inte.
- Köp tid: Erbjud kaffe, mat, vila, paus, betänketid, värme.
- Begripliggör och normalisera.
- Be den andre om råd.

38

Arga, missnöjda och hotfulla människor

1. Uppmärksamma de negativa känslorna. Ta dem inte personligt, troligen handlar de egentligen inte om dig.
2. "Stoppa" samtalet, byt från innehåll till "process".
3. Förmedla din upplevelse. Fånga upp och förmedla den underliggande KÄNSLAN!
 - "För mig verkar det som att du är väldigt "upprörd"/arg just nu. Är det så?"
 - "Är det mig eller något jag gör i vårt samtal som du är upprörd över? Är det något som jag kan göra annorlunda?"
4. Påpeka konsekvenserna.
 - "När du är så här upprörd har jag svårt att veta hur jag ska tala med dig på ett sätt som du är hjälpt av."
5. Fråga om det är något du kan göra för att hjälpa den andre med de jobbiga känslorna, så att ni sedan ska kunna komma vidare i samtalet.
 - "Jag behöver din hjälp. Hur kan jag göra för att hjälpa dig med din upprördhet, så att vi sedan kan fortsätta vårt samtal?"

39

Tvångsåtgärder?

- Tvångsinjektion skall alltid övervägas vid svår agitation med hotfullhet, utagerande, gravt störande beteende om patienten inte accepterar frivillig behandling.
- Hög våldsrisk eller gravt störande beteende: Överväg behandlingsbeslut enligt LPT 6 a §: **Fastspänning alt. avskiljning.**
- Tvångsinjektion enligt behandlingsbeslut LPT 6 a § (leg. läkare): Kräver vårdintyg + "överhängande fara för patientens liv eller hälsa".
- Vid läkarens etiska ställningstagande gällande tvångsinsatser och patientens integritet: Glöm inte att vi har ansvar även för personal och medpatienters säkerhet!

40

Här följer de väsentligaste formuleringarna, bra att ha för att underbygga sin LPT-beslutsmotivering vid nattlig kognitiv underfunktion och vid resonemang med personal som anser att det vore lämpligt med någon tvångsinsats som det saknas lagstöd för i LPT.

6 § När vårdintyg och kvarhållningsbeslut finns men intagningsbeslut enligt 6 b § ännu inte fattats:
"Om andra åtgärder inte är tillräckliga, får det tvång användas som är nödvändigt för att hindra patienten att lämna den del av vårdinrättningen där patienten skall vistas, för att upprätthålla ordningen på inrättningen eller för att tillgodose säkerheten i vården."

19 § Fastspänning upp till fyra timmar:
"Om det finns en omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan, får patienten kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning."

19 § Fastspänning mer än fyra timmar:
"Om det finns synnerliga skäl, får det beslutas att patienten ska hållas fastspänd längre än" [fyra timmar].

20 § Avskiljning upp till åtta timmar:
"En patient får hållas avskild från andra patienter endast om det är nödvändigt på grund av att patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försämrar vården av de andra patienterna."

20 § Avskiljning mer än åtta timmar:
"Om det finns synnerliga skäl, får ett beslut om avskiljande[...] även en bestämd tid som överstiger åtta timmar."

Det finns alltså inget rättsligt stöd för vare sig fastspänning eller avskiljning i syfte att ge patienten en bättre vård, hur önskvärd det än vore.

Läkemedelsbehandling är inte ofarligt

- Malignt neuroleptikasyndrom
- Agranulocytos
- Klozapin utsättningssyndrom
- Postinjektion delirium/sederingsyndrom (Olanzapin)
- Serotonergt syndrom
- Litiumintoxikation
- Antikolinergt syndrom
- Förlängt QTC-syndrom och Torsades de Pointes
- Steven-Jonssons syndrom

Hur göra med de besvanliga men potentiellt allvarliga tillstånden i praktiken?

- De är ovanliga, så det är svårt att hålla detaljerna i minnet.
- **Ha en hög inre beredskap** - förr eller senare händer det.
- **Var vaksam på alla**, även subtila, **förändringar** av oklart slag hos patienterna.
- Fundera då alltid på om det kan vara en reaktion på något av dessa läkemedel:
 - Neuroleptika
 - Klozapin
 - SSRI eller annat serotonergt verkande preparat
 - Litium
 - Antikolinergiskt preparat
 - Lamotrigin
- **Utred frikostigt** vid minsta misstanke, och ta hjälp av bakjour och invärtesmedicinare.

44

Läkemedelsbehandling är inte ofarligt

Akuta tillstånd i psykiatri (personlig sammanfattning av två föreläsningar av Muzica Magina våren 2015, Michael Ragnie 2015-06-22)

| Tillstånd | Orsaker | System | Utvärdering och labb | Behandling | |
|---|--|--|---|---|---|
| Tillstånd Måligast neurologiska syndrom (MNS) | Hypofosfores, bradyprofini Oklad risk vid dosökning (omgå alltid in NL) Alla vil (även Lepam) kan ge MNS, men vanligast vid typiska NL Vanligen 3-5 dagar efter insättning/dosökning, men kan komma efter flera års behandling Riskfaktorer: Höga doser, plömlig dosökning, äldre NL, underliggande hjärnpatologi, CKD, dehydrering, fysisk omätning, agitation, kataton, postpartum, malnutriton. låg s-pårm, lågt s-natrium Atypisk MNS av yngre NL: lindrigare förlopp, mindre v pyramidala biverkningar, mindre rigiditet, mindre hypertermi | Neurologiska Hypertoni (akutligaste symptomet) Muskelrigiditet, tremor, rivaktivering, kataton, mutism Städningstal Dynggi Hypofosfores, bradyprofini Mentaltillstånd Sällsynta: medvetenhet, delirium, agitation Autonom instabilitet: Takykardi Svängande blodtryck Inkontinens Mydriasi (pupillvidgning) Inkontinens Dypnod, tachypné | Elevat risk vid dosökning (omgå alltid in NL) Alla vil (även Lepam) kan ge MNS, men vanligast vid typiska NL Vanligen 3-5 dagar efter insättning/dosökning, men kan komma efter flera års behandling Riskfaktorer: Höga doser, plömlig dosökning, äldre NL, underliggande hjärnpatologi, CKD, dehydrering, fysisk omätning, agitation, kataton, postpartum, malnutriton. låg s-pårm, lågt s-natrium Atypisk MNS av yngre NL: lindrigare förlopp, mindre v pyramidala biverkningar, mindre rigiditet, mindre hypertermi | Alarmer - Neurologiska Hypertoni (akutligaste symptomet) Muskelrigiditet, tremor, rivaktivering, kataton, mutism Städningstal Dynggi Hypofosfores, bradyprofini Mentaltillstånd Sällsynta: medvetenhet, delirium, agitation Autonom instabilitet: Takykardi Svängande blodtryck Inkontinens Mydriasi (pupillvidgning) Inkontinens Dypnod, tachypné | IVA, buspiperidone insatser (se behandla inom psykiatri) Neurolog Sätta ut NL, även Phenergan, Lorazepam m.fl. Nedläggning (febern dödar) Höga doshydreringar Dantrolen, lorazepam ECT Lorazepam |
| Agranulocytos | Av clozapin, av karbamazepin Riskfaktorer: äldre kvinnor, andra farmakologiska läkemedel (kardiazepin) 80% inom tre månader efter behandlingstart. Först blodbild om ggr/vecka i 18 veckor, sedan en ggr/månad | Feber, infektionskänslighet, infektioner | LFK < 3000/mm3, neutrofil granulocyter < 500 Även vid ospecifica läkemedel som man vill sätta ut (risk för organiska) | Eventuellt ha i sragen och följ till i ut akut situation: Leptosmitta Kontrollerat med benmärg om man vill sätta ut det (20% recidivar, och då med värre förlopp) | |

Behandlingsalternativ vid akut agitation (psykos, mani, ospecific)

Allmänt

- Uteslut orsak: blodglukos, elektrolyter, njure, lever, tyroidea, Wernicke-Korsakov, hjärtfel, blodtryck, stroke, meningit, demens, urinvägsinfektion.
- Uteslut intoxication och abstinens (alkohol, narkotika, läkemedel, suicidförsök).
- Monitorera vitalparametrar och kliniskt status tätt under behandlingen (medvetandegrad, andning, puls, blodtryck, temperatur).
- Ut med antidepressiva läkemedel och centralstimulantia.
- Ge tillräcklig tid för att hinna få effekt före nytt behandlingstillägg.
- Alltid ångestdämpande medicin till bälteslagd patient.

Peroralt

- Theralen 40 mg/ml, 1-2ml. Max 3 ggr/dag.
- Oxascand 20-30 mg. Max 3 ggr/dag.
- Diazepam 5-15 mg. Max 3 ggr/dag.
- Heminevrin (mixtur 50 mg/ml hellre än kapslar), 5-10 ml. Max 3 ggr/dag. Undvik högdosbehandling, kan ge andningsdepression.
- Olanzapin munlöslig 10-15 mg. Kan upprepas, men först efter en timme eftersom maximal plasmakoncentration uppnås först då.
- Haldol 5-10 mg.
- Nitrazepam 10 mg (till natten).
- Levomepromazin (Nozinan) 25mg: 1-4 st. Max 3ggr/dag.
- Klorprotixen (Truxal) 25mg: 1-2 st. Max 3ggr/dag.

Intramuskulärt

- Phenergan 25 mg/ml, 2-4 ml (licenspreparat). Långverkande, kraftigt sederande, förstahandspreparat vid misstänkt/konstaterat drogintag.
- Haldol 5 mg/ml, 1(-2) ml. Kan upprepas med 1 ml efter en timme. Mycket motoriska biverkningar, sätt in Akineton v b.
- Cochrane: **Kombination av Haldol och Phenergan bra vid agitation.** Dälig evidens för nyare neuroleptika och bensodiazepiner. Välj Haldol eller bz i första hand.
- Eventuellt synergistisk effekt av Phenergan och Lorazepam i kombination.
- Ativan 4 mg/ml, 2-4 mg (licenspreparat). Kan upprepas efter 30 minuter, max 10 mg/dygn. Snabbt anslag, kort duration.

Förstahandsmedel vid ospecific agitation.

Behandlingsalternativ vid akut agitation (psykos, mani, ospecific)

Allmänt

- Uteslut medicinsk orsak (b-glukos, elektrolyter, njure, lever, tyroidea, Wernicke-Korsakov, hjärtfel, blodtryck, stroke, meningit, demens, urinvägsinfektion).
- Uteslut intoxication och abstinens (alkohol, narkotika, läkemedel, suicidförsök).
- Monitorera vitalparametrar och kliniskt status tätt under behandlingen (medvetandegrad, andning, puls, blodtryck, temperatur).
- Ut med antidepressiva läkemedel och centralstimulantia.
- Ge tillräcklig tid för att hinna få effekt före nytt behandlingstillägg.
- Alltid ångestdämpande medicin till bälteslagd patient.

54

Behandlingsalternativ vid akut agitation (psykos, mani, ospecific)

Peroralt

- Theralen 40 mg/ml, 1-2ml. Max 3 ggr/dag.
- Oxascand 20-30 mg. Max 3 ggr/dag.
- Diazepam 5-15 mg. Max 3 ggr/dag.
- Heminevrin (mixtur 50 mg/ml hellre än kapslar), 5-10 ml. Max 3 ggr/dag. Undvik högdosbehandling, kan ge andningsdepression.
- Olanzapin munlöslig 10-15 mg. Kan upprepas, men först efter en timme eftersom maximal plasmakoncentration uppnås först då.
- Haldol 5-10 mg.
- Nitrazepam 10 mg (till natten).
- Levomepromazin (Nozinan) 25mg: 1-4 st. Max 3ggr/dag.
- Klorprotixen (Truxal) 25mg: 1-2 st. Max 3ggr/dag.

Intramuskulärt

- Phenergan 25 mg/ml, 2-4 ml (licenspreparat). Långverkande, kraftigt sederande, förstahandspreparat vid misstänkt/konstaterat drogintag.
- Haldol 5 mg/ml, 1(-2) ml. Kan upprepas med 1 ml efter en timme. Mycket motoriska biverkningar, sätt in Akineton v b.
- Cochrane: **Kombination av Haldol och Phenergan bra vid agitation.** Dälig evidens för nyare neuroleptika och bensodiazepiner. Välj Haldol eller bz i första hand.
- Eventuellt synergistisk effekt av Phenergan och Lorazepam i kombination.
- Ativan 4 mg/ml, 2-4 mg (licenspreparat). Kan upprepas efter 30 minuter, max 10 mg/dygn. Snabbt anslag, kort duration.

Förstahandsmedel vid ospecific agitation.

55

Behandlingsalternativ vid akut agitation (psykos, mani, ospecific)

Peroralt

Vid mani kan kompletteras med:

- Lithionit, hög dos omgående (se Fass).
- Valproat 30 mg/kg/dygn, vanligen 2 gram/dygn. Om inte svar på neuroleptik inom ett par dagar, särskilt vid irritabilitet/mixed state. OBS: teratogent, ej till kvinnor i fertil ålder.

56

Behandlingsalternativ vid akut agitation (psykos, mani, ospecific)

Intramuskulärt

- Phenergan 25 mg/ml, 2-4 ml (licenspreparat). Långverkande, kraftigt sederande, förstahandspreparat vid misstänkt/konstaterat drogintag.
- Haldol 5 mg/ml, 1(-2) ml. Kan upprepas med 1 ml efter en timme. Mycket motoriska biverkningar, sätt in Akineton v b.
- Cochrane: **Kombination av Haldol och Phenergan bra vid agitation.** Dälig evidens för nyare neuroleptika och bensodiazepiner. Välj Haldol eller bz i första hand.
- Eventuellt synergistisk effekt av Phenergan och Lorazepam i kombination.
- Ativan 4 mg/ml, 2-4 mg (licenspreparat). Kan upprepas efter 30 minuter, max 10 mg/dygn. Snabbt anslag, kort duration.

Förstahandsmedel vid ospecific agitation.

57

Behandlingsalternativ vid akut agitation (psykos, mani, ospecifik)

Intramuskulärt

- Zyprexa (5-) 10 mg, kan upprepas efter två timmar. Max 30 mg total dos på 24 tim. **Förstahandsmedel vid agitation p g a psykos, mani och psykotisk depression enligt en guide.**
- Zeldox 20 mg, kan upprepas efter två timmar, max 40 mg/dygn. Obs försiktighet vid äldre och dementa patienter.
- Aripiprazol (Abilify), 9,75mg.
- Cisordinol Accutard 1–2 ml, kan upprepas efter 24–48 timmar. Inte vid LPT 6 a 5.
- Iktorivil 1 mg, kan upprepas.
- Stesolid 10-20 mg, kan upprepas en gång. Svårstört, oberäkneligt upptag, undvik helst.
- **Ge INTE injektion olanzapin i kombination med intramuskulär bensodiazepin. Risk för allvarlig respiratorisk och cirkulatorisk biverkan.**

58

Behandlingsalternativ vid akut agitation (psykos, mani, ospecifik)

Inhalation

- Loxapin (Adasuve). Inhalation 9,1mg. Snabbt anslag, kort duration. Bronkospasm mindre vanlig biverkan, sällan allvarligt. Beta 2 -r stimulerare skall finnas tillgängligt.

Sublingualt

- Midazolam.
- Sycrest.

ECT

- I synnerhet vid postpartumpsykos.

59

SBU om val av läkemedel för sedering i akuta situationer för att minska risken för våld

- Sammanfattning mars 2017 av en systematisk översikt av kunskapsunderlaget gällande akut sedering, NICE 2015.
- **Slutsatserna bör tolkas med försiktighet** eftersom expertgruppen bedömde att de sammanvägda resultaten från de ingående studierna utgjorde evidens med otillräcklig eller begränsad tillförlitlighet.
- Slutsatserna ovan betyder inte att inte **även andra behandlingsalternativ kan vara effektiva**, bara att vi inte säkert vet.
- NICE:s rekommendationer bygger därför även till väsentlig del på **praktiska överväganden och expertgruppens samlade bedömning utifrån erfarenhet**.
- NICE:s expertgrupp fann **inget underlag** för att bedöma läkemedel för behandling av **barn och unga**.

60

SBU om val av läkemedel för sedering i akuta situationer

- Man jämförde placebo, bensodiazepiner, neuroleptika och antihistamin, antingen enskilt eller i kombination, för behandling av patienter inom **psykiatrisk vård**.
- För **två behandlingsalternativ** bedömde NICE:s expertgrupp att nyttoeffekten översteg risken för biverkningar:
 - **Monoterapi med lorazepam (en bensodiazepin; inj Lorazepam/Ativan, po Temesta).**
 - **Kombinationsterapi med haloperidol (ett antipsykotikum) och prometazin (ett antihistamin; inj Phenergan, po Lergigan).**
- Kombinationen haloperidol och prometazin **minskar risken för extrapyramidala biverkningar**, och kan vara **mer effektiv** än enbart haloperidol. Tänk på att:
 - Det krävs två injektioner vid samma tillfälle.
 - Försiktighet bör iaktas om injektionen upprepas på grund av otillräcklig effekt, eftersom prometazin kan hämma metaboliseringen av haloperidol.
 - Prometazin har varnadsretande egenskaper och måste injiceras djupt i muskeln.

61

SBU om val av läkemedel för sedering i akuta situationer

- Patienter som är påverkade av **alkohol eller droger** utgör en särskild svårighet
 - Ökad risk för våldsamt beteende.
 - Drogen kan interagera med läkemedlet.
 - Svagt kunskapsläge.

62

SBU om behandlingseffekten

- Ingen statistiskt säkerställd skillnad i behandlingseffekt:
 - mellan bensodiazepiner och antipsykotika.
 - då bensodiazepin kompletterades med antipsykotika.
 - då behandling med haloperidol kompletterades med bensodiazepin.
- **Bensodiazepin var mindre effektiv än antipsykotika i kombination med antihistamin**, eftersom risken för utebliven behandlingseffekt var mer än dubbelt så hög.
- **Bensodiazepin i kombination med antipsykotika var mindre effektiv än en kombination av antihistamin och antipsykotika.**
- Det gick inte att avgöra om **risken för biverkningar** skilde sig vid behandling med bensodiazepin jämfört med antipsykotikum i kombination med antihistamin.
- **Lorazepam var det behandlingsalternativ för vuxna som expertgruppen föredrog** efter att ha vägt samman behandlingseffekten och risken för biverkningar, särskilt i form av extrapyramidala symtom.

63

SBU om olanzapin

- ❑ NICE-rapporten tar inte upp studier med olanzapin, men här nedan är några kommentarer från SBU.
- ❑ Det fanns ingen statistiskt säkerställd skillnad i **sedering** mellan olanzapin och bensodiazepin, men olanzapin gav en större förbättring av **beteendet**.
- ❑ Olanzapin och haloperidol var likvärdiga med avseende på hur mycket patientens **aggression** minskade efter sederingen.
- ❑ Haloperidol i kombination med antihistamin (prometazin) verkade **snabbare** än enbart olanzapin.

64

SBU om annat av vikt vid behandlingen

- ❑ NICE rekommenderar att vårdpersonalen **övervakar patientens tillstånd** systematiskt efter att patienten getts akut sederande läkemedel.
- ❑ Det bör även finnas **rutiner för god dokumentation** som underlag för både individuell och organisatorisk utvärdering av läkemedelsstrategin och patientsäkerheten.
- ❑ Vårdpersonalen bör även ha **beredskap** utifall patientens hälsotillstånd akut skulle försämrats efter sederingen.
- ❑ **Lagstöd** behövs för all behandling mot patientens vilja.
- ❑ Patienten bör erbjudas **uppföljande samtal** efter tvångsätgard.

65

Förslag på behandlingsval vid injektionskrävande agitation

- ❑ Raptus vid EIPS, autismspektrumstörning eller annat icke-psykotiskt tillstånd
 - Prometazin eller Lorazepam
- ❑ Psykos
 - Prometazin + Haldol + ev Cisordinol-Accutard
 - Alternativ är Lorazepam och Olanzapin
- ❑ Mani
 - Som vid psykos
 - Överväg tillägg med Litium i högdos och/eller valproinsyra om patienten medverkar till peroralt intag
- ❑ Extrem agitation/deliriös mani med excitation, tempstegring, otillräckligt dryckintag,
 - ECT

66

Väl beprövad trippelbehandling vid svår psykos/mani

1. Prometazin 100 mg
2. Haldol 5-10 mg
3. Cisordinol-Accutard 100-150 mg
4. Eventuellt även Lorazepam 4 mg
5. Akineton vid eventuella extrapyramidala biverkningar

Följ vitalparametrar kontinuerligt

67

Kloka listan 2017 (Janusinfo/Stockholms läns läkemedelskommitté)

| Tillstånd | Första hand | Andra hand | Kommentar |
|--------------|-------------|-------------|--|
| Sömnstörning | Zopiklon | | <ul style="list-style-type: none"> • Kort behandlingstid • Intermittent behandling • Utred och behandla orsaken • KBT effektivt vid sömnstörning |
| | | Propiomazin | <ul style="list-style-type: none"> • Olämpligt till äldre p g a risk för dagtrötthet och extrapyramidala biverkningar |

Kloka listan 2017 (Janusinfo/Stockholms läns läkemedelskommitté)

| Tillstånd | Första hand | Andra hand | Kommentar |
|--------------------------------|---------------------------|---------------------------|--|
| Tillfällig oro | Theralen Lergigan | | <ul style="list-style-type: none"> • Psykologiskt stöd i första hand • Undvik till äldre (antikolinerga biverkningar) |
| | | Oxascand | <ul style="list-style-type: none"> • Kort behandlingstid, intermittent behandling • Risk för konfusion, fall och kognitiv nedsättning hos äldre |
| Ångestsyndrom Tvångssyndrom | Sertralin | | <ul style="list-style-type: none"> • De olika SSRI anses ha likvärdig effekt • KBT ensamt eller i kombination rekommenderas |
| | | Escitalopram Fluoxetin | |
| Depression | Escitalopram Sertralin | | <ul style="list-style-type: none"> • De olika SSRI anses ha likvärdig effekt • KBT ensamt eller i kombination rekommenderas • Följ med validerad skattningsskala • Byt till annat SSRI är lika effektivt som att byta till annan läkemedelsklass • SSRI ger ökad blödningsrisk och risk för hyponatremi |
| | | Mirtazapin | Ringa antikolinerg effekt, kan ges även till äldre |

Kloka listan 2017 (Janusinfo/Stockholms läns läkemedelskommitté)

| Tillstånd | Första hand | Andra hand | Kommentar |
|---------------------------------------|---|--|--|
| Bipolär sjukdom, förebyggande av skov | Lithionit | | |
| | | Tillägg av: Quetiapin Valproinsyra | • Ej till kvinnor i fertil ålder |
| Depressivt eller maniskt skov | Lithionit och Quetiapin alt. Valproinsyra | | • De flesta patienter behöver kombinationsbehandling |
| Psykos | Aripiprazol (tabl eller depänj) Risperidon (tabl eller depänj) | | • Följ vikt, b-glukos, blodfetter • Livsstilsåtgärder • Depänjektioner ofta att föredra vid långtidsbehandling |
| | | Klozapin | • Risk för agranulocytos; följ blodstatus • Följ vikt, b-glukos, blodfetter • Livsstilsåtgärder |

Kloka listan 2017 (Janusinfo/Stockholms läns läkemedelskommitté)

| Tillstånd | Första hand | Andra hand | Kommentar |
|-----------|---|---------------------------|---|
| ADHD | Metylfenidat (Concerta, Ritalin, Ritalina, Equasym, Medikinet...) | | • Tillsammans med andra multimodala insatser • Långverkande preparat i första hand |
| | | Lisdexamfetamin (Elvanse) | • Atomoxetin eller guanfacin (barn) kan övervägas vid otillräcklig effekt |

Kloka listan 2017 (Janusinfo/Stockholms läns läkemedelskommitté)

| Tillstånd | Första hand | Andra hand | Kommentar |
|--------------------------------|-------------------------|------------|-----------|
| Alkohol, återfallsförebyggande | Akamprosot Naltrexon | | |
| | | Disulfiram | |
| Abstinens | Oxascand | | |
| Brist på vitamin B1 | Tiamin | | |

Behandlingsalternativ vid ångest

- Alimemazin (Theralen) 20-40(-80)mg, 1-3 ggr/d
- Prometazin (Lergigan) 25-50mg, 1-3 ggr/d
- Hydroxizin (Atarax) 25-50mg, 1-3 ggr/d (max 100mg/d)
- Quetiapin (Seroquel) 25-50mg, 1-3 ggr/d
- Levomepromazin (Nozinan) 25mg: 1-2 st, 1-3 ggr/d
- ↓
- Oxazepam (Oxascand, Sobril) 5-15mg, max 3 ggr/d
- ↓
- Diazepam (Stesolid) 5mg-10mg, max 3 ggr/d

Behandling av sömnstörning

- Ge inte bensodiazepiner/ "Z-preparat" till patient som ej läggs in.
- Samtliga icke beroendeframkallande hypnotika bör tas 1-2 h före sänggång, senast kl 21.
- Alla hypnotika är "insomningstabletter" om de tas i tid.
- Mani/psykos/svår depression: Ge kraftfull behandling. Patienten tål och behöver ofta höga doser.
- Betänk missbruksanamnes hos patient med svårbehandlad sömnstörning.

Behandling av sömnstörning


- Propiomazin (Propavan) 25mg; 0,5-2 st
- Alimemazin (Theralen) 20-40-80mg
- Quetiapin 25mg; 25-100(-200+)mg
- Prometazin (Lergigan) 25-50mg
- Hydroxizin (Atarax) 25-50mg
- Zopiklon (Imovane) 5mg-15mg
- ↓
- Levomepromazin (Nozinan) 25-100(-200)mg
- Nitrazepam (Apodorm, Mogadon) 5-10 mg; Slutenvärdpreparat (f f a mani, svår psykos, svår agitation)
- Zolpidem (Stilnoct): **Undvik!** Snabbt tillslag, ökad risk för ruseffekt, missbruk och biverkningar som konfusion och amnesi.



"Suicidal, men inte allvarligt psykiskt sjuk, så hon får ta ansvar själv."

Bemötande av patienter med EIPS

- Bemötandet avgörande. **Fel bemötande försämrar patienten.**
- Utbildning specifik om självskadebeteende ger ett bättre omhändertagande, men inte lång erfarenhet och formell utbildning.
- Bemötande som hjälper: **bli lyssnad på, bli förstådd, att behandlaren uppfattas som engagerad.**
- **Patienten manipulerar inte** - riktig manipulation märks inte!
- **Patienten gör så gott hen kan**, men har ett **outhärdligt liv**. Behöver ibland lära sig nya beteenden.



www.nationellasjvalvskadeprojektet.se

98

Bemötande av patienter med EIPS

- **Empatiskt lyssnande och undersökande förhållningssätt.**
- **Våga fråga!** Öppet och nyfiket, inte dömande, inte ställa till svars.
- **Vilken funktion** har självskadebeteendet?
- Fokus på ökad emotionell medvetenhet och **förbättrad emotionsreglering.**
- Vad skulle kunna få ditt beteende/mående att **vända?**
- Uppmärksamhet, omtanke och intresse för hela människan och inte bara för självskadebeteendet. **Hur mår du, du som skadat dig?**
- Kontroll av patientens beteende minskar dennes autonomi och egenmakt, blir till en ond cirkel.

99

Bemötande av patienter med EIPS

- Patienten har ofta problem med emotionell förståelse och känsloreglering. **Stäm av att patienten uppfattat rätt** vad du sagt och vad ni ska göra. Lyssna och återkoppla oavbrutet. **Har jag förstått dig rätt?**
- **Vårdgivaren blir själv känslomässigt dysreglerad** vid självskadebeteende. **Vi behöver kunna lugna oss själva.**
- **Lyssna till dina känslor** av att det inte går helt bra, använd dina känslor som det redskap de är.

101

Att tänka på vid beroendetillstånd

- En påverkad patient är en medicinsk högriskpatient.
- Hög beredskap för akut intermedicinsk konsultation och IVA-vård.
- Vanligt med allvarliga somatiska komplikationer
- Försiktigt med läkemedel ö h t. Risk för ökad sedering, andningsdepression, minskad syresättning, blodtrycksfall, medvetslöshet.
- Börja med låga doser med försiktig dosökning under tät observation på effekterna.
- En påverkad patient kan reagera oförutsägbart, paradoxalt eller oväntat starkt på läkemedel.
- Övervaka patientens vitalparametrar fortlöpande
 - Andning
 - Puls
 - Medvetandegrad
 - Blodtryck
 - Temperatur

104

Att tänka på vid beroendetillstånd

- Oklart tillstånd med trolig substanspåverkan
 - Försiktigt med läkemedel.
 - Phenergan i försiktig dosering (2 ml, inte 4). Risk för minskad saturation.
 - Följ vitalparametrar inkl. saturationsmättnad.
- Bälteslagd patient med oklart tillstånd, ej lämnat urinsticka
 - Som ovan.
 - Extravak obligatoriskt.

105

Att tänka på vid beroendetilstånd

- Alkoholpåverkan
 - Försiktigt med läkemedel ö h t. Risk för ökad sedering, andningsdepression, minskad syresättning, blodtrycksfall, medvetslöshet.
 - Ej bensodiazepiner eller opiater!
 - Bensodiazepiner vid abstinens trots påverkan.
 - Lergigan, Phenergan, Theralen eller Haldol.
- Alkoholabstinens
 - Svår abstinens: bensodiazepiner (oxascand eller stesolid).
 - Lindrig abstinens: Atarax, Lergigan eller Theralen.

106

Att tänka på vid beroendetilstånd

- Bensodiazepinpåverkan
 - Vanligen ingen farmakologisk behandling
 - Övervaka vitalparametrar
 - Lanexat vid svår påverkan/intoxikation (narkosläkare/IVA)
- Amfetaminsykos
 - Försiktigt med läkemedel ö h t. Risk för ökad sedering, andningsdepression.
 - Ej lågdosneuroleptika som t ex Haldol.
 - Olanzapin eller bensodiazepin okay
- THC
 - Inga särskilda restriktioner, behandla den psykiatriska komplikationen.

107

Att tänka på vid beroendetilstånd

- Opiatpåverkan
 - Behöver vanligen ej farmakologisk behandling, däremot tät övervakning av medvetande och andning.
 - Försiktigt med läkemedel! Risk för ökad sedering, andningsdepression.
 - Ej bensodiazepiner ("dubbel" andningsdepression)!
 - Lergigan eller Theralen vid svår ångest.
 - Ev Naloxon vid andningsdepression.
- THC
 - Inga särskilda restriktioner, behandla den psykiatriska komplikationen.

108

