

Medicinering under akutpsykiatrisk vård

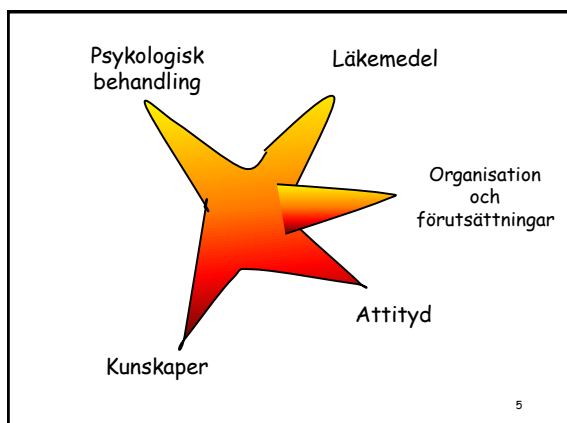
Maj 2017

Tack Patrik Molander för en del av bilderna!

Och tack Jonnie Björkander för goda råd om behandling vid beroendetillstånd!

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

Del 1: Mest om 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.

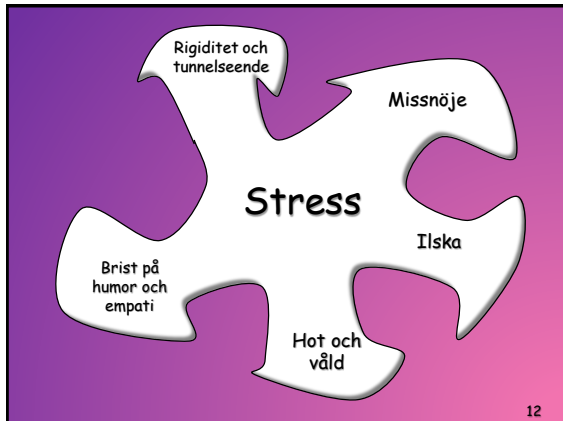
10

Kliniska faktorer som ökar risken för kriminalitet och våld

- Främst **missbruk och antisocial personlighetsstörning, särskilt i kombination!**
- Personlighetsstörning kluster A eller B
- Impulsivitet och instabilitet
- Missbruk
- Vanföreställningar med **specifik paranoia**
- Imperativa hotande **hallucinationer**
- Bristfällig **sjukdomsinsikt**
- Bristfällig **behandlingsföljksamhet**

Dessa samverkar med "kriminogena" faktorer (fattigdom, bostadsort, uppväxt, attityd, exponering för våld)

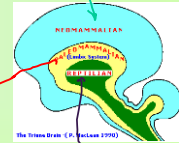
11



Vilken del av hjärnan är för tillfället inkopplad?



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



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

Reptilhjärnan:
Flykt, anfall, spela
död...

13

Tack till Lennart Lindén, UGIL konsult, för pedagogiken!

"Stresströskeln"

Stor skillnad mellan olika personers förmåga att hantera stress på ett konstruktivt vis. Vi har alla vår personliga stresströskel.

Under den fungerar vi ändamålsenligt.

Överskrids den börjar vi klicka; hjärnan står allt mindre under vår viljemässiga kontroll.

De kognitiva förvrängningarna ökar då kraftigt, och kroppen slår om till de automatiska försvarssystemen - "fight or flight" eller "play dead".

Andras aggression

Vanligen ett uttryck för frustrerade önskningar och behov, eller andra former av stressupplevelser. Vad behöver han just nu?



"Jag ser att du är upprörd. Hur kan jag hjälpa dig?"

15

Lathund för fungerande kommunikation

- **Försök först att förstå**, först därefter att själv bli förstådd.
- Dörröppnare: "berätta mer".
- **Lyssna efter DEN UNDERLIGGANDE KANSLAN.**
- "Spegla" vad du uppfattar att den andre säger.
- **Bekräfta** patienten, visa att du tycker hans känsla är förståelig och okay.
- Använd "jagbudskap".

Allt det som är viktigt vid bemötandet av "vanliga" människor är **ännu viktigare här!**

- Alliera dig. Visa att du bryr dig och vill väl.
- Vänlighet och empati.
- Ilska och högljuddhet bemöts med mildhet och låg röst.
- Bekräfta den andres känslor, förmedla att de är förståeliga och okay.
- Ta på allvar och visa respekt.
- Kränk **aldrig** människor! Rädda människor slåss för livet, kränkta slåss för hedern.

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.

18

Välj vad du bråkar om

Behovskonflikt - våra behov krockar

Värderingskonflikt - vi tycker olika om något

Några råd för att undvika våld

- Förutse.
- Förebygg.
- Lyssna på dina inre varningsklockor.
- Lyssna på andra som känner patienten.
- Sitt inte ensam med hotfull eller potentiellt farlig patient.
- Sitt närmast dörren.

20

Några råd för att undvika våld

- Tillgång till larm.
- Vaktare eller polis i beredskap vid allvarlig våldsrisk.
- Tänk på hur du bemöter patienten. Rädda patienter slåss för livet, kränkta slåss för hedern.
 - Vänlighet, varsamhet.
 - Empati.
 - Bekräfta patientens känslor.
 - Ilska och högljuddhet bemöts med mildhet och låg röst.

21

Undvik

- Maktspråk
- Arrogans
- Integritetskränkning
- Provokation
- Ifrågasättande
- Allmän ovänlighet och otrevlighet
- Att höja rösten
- "Nu får du lugna ner dig!"
- Att stirra

22

Om patienten blir hotfull eller aggressiv under samtalet:

- Larma.
- Låt dig inte provoceras.
- Bemöt inte ilska med ilska.
- Avsluta samtalet.
- Lämna rummet.
- Kontakta polisen.

När situationen är under kontroll:

- Förklara att hot inte accepteras.

23

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

24

Konfusion

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

Konfusion, forts

- Omvårdnadsåtgärder och läkemedelsanering 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."

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 förstående 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.

35

"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?"

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 ifyllda.
- **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. Patienten är vår medmänniska även i de allra svåraste stunderna.

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!**

39

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!



40

En "våldsriskbedömning" 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!**

41

"Svåra" barn - vuxnas tolkningar

Tolkning

- Besvärlig
- Viljestark
- Enveten
- Manipulativ
- Omedgörlig
- Trotsig
- Krävande
- Uppmärksamhetskrävande
- Olämplig uppfostran
- Bortskämd

Förhållningssätt

- Uppmuntra medgärighet
- "Sätta gränser"
- "Lära barnet vem som bestämmer"

Din tolkning vägleder din intervention!



42



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

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.

44



Vill inte

Kan inte

Vill personen inte, eller kan hon inte?

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?

46

En fruktbar utgångspunkt?

Patientens beteende är alltid meningsfullt...
...även om vi inte alltid lyckas **förstå** meningen!

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

49

Det är sjukvården som misslyckats
- inte patienten!



50

Problemet med projektioner

Det ansvar jag inte tar
hamnar hos den andre som
skuld.

Själv lär jag mig inget och
utvecklas inte.

Nästa patient kommer
därför att råka lika illa ut.



2017-05-11

Kerstin Persson

51

Det är ingen match



52

Besvärlig typ?

Där står ju ett stackars ledset
och övergivet barn och bönar
om bekräftelse!



Den missnöjde vill något - vad?

- Den som är missnöjd vill något, vill få något som hen just nu inte tycker sig få.
- Sitt på **samma sida** om bordet, lägg ut problemet "på bordet".
- **Beskriv vad du ser**, fråga om du uppfattat det rätt.
- **Fråga** vad du själv, patienten och ni gemensamt skulle kunna göra för att komma tillrätta med problemet.
- Vid kommunikationssvårigheter och missförstånd: **Be den andre återge** precis vad hen tyckte sig höra att du sa.



54

En patient med självmordstankar
behöver krisintervention

Självmord är patientens lösning på ett
"olösligt" problem.

Hjälp honom finna en bättre lösning (eller
att acceptera att problemet inte är ett
"problem" utan ett villkor han måste lära
sig leva med).



55

Att hjälpa missnöjda, stressade och allmänt problematiska människor

1. Hjälp dem **åtgärda faktiska problem** och missförhållanden.
2. Hjälp dem **nyansera sina kartor**
3. Hjälp dem till rimliga och **realistiska förväntningar**
4. Hjälp dem hitta en lagom **avvägning mellan samarbete och integritet**
5. Hjälp dem se fördelarna för dem själva med att **samarbeta** om rimliga saker på ett bra sätt
6. Hjälp dem att **ta hand om sin egen integritet**



Bemötande av patienter med EIPS

- Bemötandet avgörande. **Fel bemötande försämrar patienten.**
- Utbildning specifikt om självskadebeteende ger ett bättre omhändertagande, men inte lång erfarenhet och formell utbildning.
- Bemötande som hjälper: **bli lyssnad på, bli förstörd, 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.nationellasjvalvskaideprojektet.se

58

Bemötande av patienter med EIPS

- **Empatiskt lyssnande och undersökande förhållningssätt.**
- **Våga fråga!** Öppet och nyfiken, 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.

59

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 förstött 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.

61

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**.

62

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?"

63

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 tvångsåtgärder och patientens integritet: **Glöm inte att vi har ansvar även för personal och medpatienters säkerhet!**

64

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 tvångsåtgärd som det saknas lagstöd för i LPT. Det finns alltså inte alltid rättsligt stöd för vare sig fastspänning eller avskiljning i syfte att ge patienten en bättre vård, hur önskvärd det än vore.

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 försvarar värden av de andra patienterna.**"

20 § Avskiljning mer än åtta timmar:

"Om det finns **synnerliga skäl**, får ett beslut om avskiljande [...] avse en bestämd tid som överstiger åtta timmar."

Läkemedelsbehandling är inte ofarligt

- Malignt neuroleptikasyndrom
- Agranulocytos
- Klozapin utsättningsyndrom
- Postinjektion delirium/sederingssyndrom (Olanzapin)
- Serotonergt syndrom
- Litiumintoxikation
- Antikolinergt syndrom
- Förlängt QTc-syndrom och Torsades de Pointes
- Steven-Jonssons syndrom

66

Se separat sammanfattning (sid 1 av 4 nedan)

Akuta tillstånd i psykiatri (personlig sammanfattning av två föreläsningar av Musine Migina våren 2015, Michael Rangre 2015-06-22)				
Tillstånd	Utödrörande	System	Utredning och lab	Behandling
Malignt neuroleptikasyndrom (MNS)	Hyporeflexi, bradykardi (EPR SS) Chast risk vid dosering (sätt alltid in NL) Alla tillägg (även Lapone) kan ge MNS, men vanligast vid typiska NL Vanligen 3-14 dagar efter inledning/dosering, men kan komma efter flera års behandling	Neurologiska: Hypertonal (akut/igata systemet) Muskelrigiditet, tremor, rörelsestörning. kataton, mutism Suddigt tal Dysfagi Hyporeflexi, bradykardi	Anamnes + EKG, medicinhistoria Neurolog Sätta ut NL , även Phenegan, Langan m.fl. Kärlstör CK Medicinering (bakera läsa) Höga doser/läkningar Antikolinerga LPT Asat, Alas Myoglobin och rörelsepredator ECT	Eventuellt ha tillägg av läkningar och höga doser i utredning. Laponeutsläppning kan ge mykelt vaka + syndrom
Risikfaktorer:	Höga doser, plömlig dosering, äldre NL, underliggande hjärnskada, CVT, delirium, fysisk utmattning, agitation, kataton, postpartum, malnutrition, lägt s-järn, lägt s-natrium.	Atypiska: Sällsk/värdande medvetande, delirium, agitation		Efter två veckor av förlängt återinsättande (kan ge samma preparat)
Risikfaktorer:	Atypiskt MNS av nyare NL, tidigare förlopp, mindre s-pyramidala biverkningar, mindre rigiditet, mindre hypertoni	Autonom instabilitet: Takykardi Svettning Svängande blodtryck Inkontinens Mydriasis (pupillutvidgning) Inkontinens Dyspné, tachypné		
Agranulocytos	Av clozapin, av karbamazepin Risikfaktorer: äldre kvinnor, andra biverkningsläkemedel (t.ex. karbamazepin) 80% inom tre månader efter behandlingsstart. Följ blodbild en gång/vecka i 18 veckor, sedan en gång/månad	Feber, infektionskänslighet, infektioner	LPE < 3000/mm3, neutrofila granulocyter < 1500	Eventuellt ha tillägg av läkningar och höga doser i utredning. Laponeutsläppning kan ge mykelt vaka + syndrom Kontrollstrukturer med återinsättande om man vill sätta ut det (40% recidiverar, och då med svåra följor)

Kattoni

- Tillstånd med ökad muskeltonus och avvikande rörelsemönster.
- Mutism, negativism, avvikande rörelser, stupor.
- F f a vid psykosjukdom eller mkt svår bipolär depression.
- Troligen orsakad av ond cirkel med dopaminerg underfunktion.
- Uteslut malignt neuroleptikasyndrom (hypertermi, medvetandepåverkan, hyporeflexi, takykardi, högt CK, högt myoglobin, högt LPK, lägt s-järn).
- "Lorazepamtestet": Ge lorazepam 2-3 mg i v/ i m. Utvärdera efter 15-30 minuter. Upprepa om ej tydlig förbättring. Insätt vid respons motsvarande dos peroralt.
- Sätt ut antipsykotika.
- Vätska.
- ECT vid utebliven förbättring, eller direkt i svåra fall.

Malignt neuroleptikasyndrom

- Svår kattoni orsakad av antipsykotika. Patient som behandlas med D₂-antagonist som insjuknar med feber, rigiditet, mutism, takykardi, hypertoni, konfusion, medvetandepåverkan. Letalt.
- Lab: Leukocytos, CK-stegring, högt myoglobin, lägt s-järn.
- Intensivvårdsfall.
- Vätska.
- Sätt ut antipsykotika.
- Bensodiazepiner.
- **Eventuellt akut ECT** (bitemporal ECT inom 24 h).

Serotonergt syndrom

- Patient med fr.a SSRI-behandling som insjuknar med excitation, hypertermi, tremor, akatisi, oro, agitation, konfusion, diarré, hyperreflexi, takykardi.
- Ofta benigt förlopp men kan bli mkt allvarligt.
- IVA.
- Avkyllning.
- Sätt ut SSRI.
- Sedation, t ex klorprotixen 25 mg x 3.
- Periactin 8 mg x3 (licenspreparat).
- Risperidon 1mg x 2.

Se separat fil

Följande behandlingsalternativ vid akut agitation (psykos, mani, ospecific)

Allmänt

- Uteslut medicinsk orsak (b-glukos, elektrolyter, njure, lever, tyroidea, Wernicke-Korsakov, hjärntfel, blodtryck, stroke, meningit, demens, urinvägsinfektion).
- Uteslut intoxikation och abstinens (alkohol, narkotika, läkemedel, suicidförsök).
- Monitorera vitalparametrar och kliniskt status tätt under behandlingen (medvetandegrad, andning, puls, blodtryck, temperatur).
- Ut med antidepressiva läkemedel och centralstimulans.
- Ge tillräcklig tid för att hinna få effekt av givna preparat före nytt behandlingstillägg, vanligen minst 60 minuter. Personalen har ibland förståeliga förväntningar på aggressiv medicinering för att få lugn på avdelningen, men glöm inte att medicinering enligt nedan inte är ofarlig och ska ges med respekt.
- Alltid ångstdämpande medicin till bälteslagd patient.

Peroral

- Theralen 40 mg/ml, 1-2ml. Max 3 ggr/dag.
- Oxascand 20–30 mg (5-10 mg inte lönt). Max 3 ggr/dag.
- Diazepam 10–15 mg. Max 3 ggr/dag.
- Heminervin (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. Kan upprepas efter en timme v b.
- Nitrazepam 10 mg (till natten).
- Levomepromazin (Nozinan) 25mg: 1-4 st. Max 3ggr/dag.
- Klorprotixen (Truxal) 25mg: 1-2 st. Max 3ggr/dag.

IV

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

© 2017-05-11

Hur göra med de ovanliga 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 förändringar** av oklart slag hos patienterna, även subtila.
- Fundera då alltid på om det kan vara en reaktion på något av dessa läkemedel:
 - Neuroleptika
 - SSRI eller annat serotonergt verkande preparat
 - Litium
 - Antikolinergiskt preparat
 - Lamotrigin
- **Utred frikostigt** vid minsta misstanke, och ta hjälp av bakjour och invärtesmedicinare.

77

Behandlingsalternativ vid akut agitation (psykos, mani, ospecific)

Allmänt

- Uteslut medicinsk orsak (b-glukos, elektrolyter, njure, lever, tyroidea, Wernicke-Korsakov, hjärntfel, blodtryck, stroke, meningit, demens, urinvägsinfektion).
- Uteslut intoxikation och abstinens (alkohol, narkotika, läkemedel, suicidförsök).
- Monitorera vitalparametrar och kliniskt status tätt under behandlingen (medvetandegrad, andning, puls, blodtryck, temperatur).
- Ut med antidepressiva läkemedel och centralstimulans.
- Ge tillräcklig tid för att hinna få effekt av givna preparat före nytt behandlingstillägg, vanligen minst 60 minuter. Personalen har ibland förståeliga förväntningar på aggressiv medicinering för att få lugn på avdelningen, men glöm inte att medicinering enligt nedan inte är ofarlig och ska ges med respekt.
- Alltid ångstdämpande medicin till bälteslagd patient.

78

Behandlingsalternativ vid akut agitation (psykos, mani, ospecific)

Peroral

- Theralen 40 mg/ml, 1-2ml. Max 3 ggr/dag.
- Oxascand 20–30 mg (5-10 mg inte lönt). Max 3 ggr/dag.
- Diazepam 10–15 mg. Max 3 ggr/dag.
- Heminervin (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. Kan upprepas efter en timme v b.
- Nitrazepam 10 mg (till natten).
- Levomepromazin (Nozinan) 25mg: 1-4 st. Max 3ggr/dag.
- Klorprotixen (Truxal) 25mg: 1-2 st. Max 3ggr/dag.

79

Behandlingsalternativ vid akut agitation (psykos, mani, ospecific)

Peroral

Vid mani kan kompletteras med:

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

80

Behandlingsalternativ vid akut agitation (psykos, mani, ospecifik)

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. Sämre evidens för nyare neuroleptika och bensodiazepiner. Välj Haldol eller bz i första hand.***
 - Ativan 4 mg/ml, 0,5-1 ml (licenspreparat). Kan upprepas efter 30 minuter, max 10 mg/dygn. Snabbt anslag, kort duration.
- Förstahandsmedel vid ospecifik agitation, liksom Lorazepam.**
- Phenergan och Lorazepam i kombination kan ev ha en synergistisk effekt och bör vara ett rimligt alternativ vid f f a icke psykotisk/manisk agitation som inte svarar tillräckligt på bara Lorazepam.

81

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 dementia patienter.
- Aripiprazol (Abilify), 9,75mg.
- Cisordinol Accutard 1–2 ml, kan upprepas efter 24–48 timmar. Inte vid LPT 6 a §.
- Iktorivil 1 mg, kan upprepas.
- Stesolid 10-20 mg, kan upprepas en gång. Svårstyrkt, oberäkneligt upptag, undvik helst.
- **Ge INTE injektion olanzapin i kombination med intramuskulär bensodiazepin. Risk för allvarlig respiratorisk och cirkulatorisk biverkan.**

82

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 och svår mani.

83

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.

84

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 iakttas om injektionen upprepas på grund av otillräcklig effekt, eftersom prometazin kan hämma metabolismen av haloperidol.
 - Prometazin har vävnadsretande egenskaper och måste injiceras djupt i muskeln.

85

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.

86

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.

87

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 sederig 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.

88

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.

89

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/delirios mani med excitation, tempstegring, otillräckligt dryckintag,
 - ECT

90

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

91

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
Depression		Escitalopram Fluoxetin	
	Escitalopram Sertralin		<ul style="list-style-type: none"> • De olika SSRI anses ha likvärdig effekt • KBT ensamt eller i kombination rekommenderas • Följ med validerad skattingskala • 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
Bipolar sjukdom, förebyggande av skov	Lithionit		
		Tillägg av: Quetiapin Valproinsyra	<ul style="list-style-type: none"> • Ej till kvinnor i fertil ålder
Depressivt eller maniskt skov	Lithionit och Quetiapin oft: Valproinsyra		<ul style="list-style-type: none"> • De flesta patienter behöver kombinationsbehandling
Psykos	Aripiprazol (tabl eller depänj) Risperidon (tabl eller depänj)		<ul style="list-style-type: none"> • Följ vikt, b-glukos, blodfetter • Livsstilsåtgärder • Depänjektioner ofta att föredra vid långtidsbehandling
		Klozapin	<ul style="list-style-type: none"> • 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...)		<ul style="list-style-type: none"> • Tillsammans med andra multimodala insatser • Långverkande preparat i första hand
		Lisdexamfetamin (Elvanse)	<ul style="list-style-type: none"> • Atomoxetin eller guanfacin (barn) kan övervägas vid otillräcklig effekt

Kloka listan 2017 (Janusinfo/Stockholms läns läkemedelskommitté)

Tillstånd	Första hand	Andra hand	Kommentar
Alkohol, återfallsförebyggande	Akamprosat 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

• 97

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; Slutenvårdpreparat (f f a mani, svår psykos, svår agitation)
 - **Zolpidem** (Stilnoct): **Undvik!** Snabbt tillslag, ökad risk för ruseffekt, missbruk och biverkningar som konfusion och amnesi.

• 99

Handläggning av psykos

- Ge akut antipsykotisk behandling om svåra symtom, agitation, hotfullhet.
- Intramuskulär injektion vid hög våldsrisk, utagerande eller läkemedelsvägran.
- Exspektans med antipsykotika om lindriga symtom, oklar diagnos.
- Drogscreena alltid om ej välkänd psykosjukdom.
- Behandla sömnstörning kraftfullt. Sömnstörning ofta bidragande till psykosepisod.

•

•

Behandling av psykos

- Kliniskt inga större skillnader i antipsykotisk effekt mellan preparat. Välj utifrån farmakodynamisk profil, grad av symtom, tidigare behandlingseffekt, biverkningar.
- **Olanzapin** (Zyprexa): 10-20(-30)mg. Tabl, i m inj. Bra förstahandsval i akutfasen. Mycket sederande - fördel vid svår psykos, agitation, våldsrisk. Munlöslig tablett "Zyprexa Velotab" ofta bra, tas upp omedelbart i munslemhinnan. Ge huvuddel av dosen till kvällen, ev. del av dos dagtid vid svår agitation.
- **Haloperidol** (Haldol): 4-6(-10)mg. Tabl, p o lösn, i m inj. Ej sederande. Ges i en eller tvådos. Höga doser ger risk för EPS - ge akineton vb och/eller sänk dos.

• 101

Behandling av psykos, forts

- **Risperidon**: 4-6 mg. Tabl, lösn. Måttligt sederande. Ge huvuddel av dos till kvällen, v b del av dos dagtid om svår agitation.
- **Aripiprazol** (Abilify): 15-30 mg. Tabl, lösn, i m inj (9,75mg) Gynnsam biverkningsprofil. Ej sederande. Erfarenhetsmässigt ngt mindre potent vid akut psykos.
- **Zuklopentixol-Acetat** (Cisordinol-Acutard): 50-150mg. Effekt först efter sex timmar, effektduration tre dygn. Måttligt Sederande.

•

• 102

Behandling av mani

- Sätt ut antidepressiva lm och ADHD lm.
- Sätt in antipsykotikum.
- Sätt in/öka dos av ordinarie stämningsstabiliserae.
- Stimulireduktion viktigt - avskiljning v b, "patienten ska ha tråkigt".
- Behandla svår agitation. Oxazepam 15-30 mg / Diazepam 10-20 mg / Alimemazin 40-80 mg / Levomepromazin 50-100 mg. 2-3 ggr/d.
- Behandla sömnstörning kraftfullt. Ofta krävs flera hypnotika i kombination. Nitrazepam 5-10 mg, Levomepromazin 50-200 mg, Propiomazin 50 mg, Alimemazin 40-80 mg.

•

•

Behandling av mani, forts

- Antipsykotika är förstahandsval vid mani. Alla kan användas.
- Sederande preparat fördelaktigt (Olanzapin, Quetiapin, Risperidon).
- Ge maxdos som vid behandling av akut psykos enligt ovan.
- Cisordinol-Acutard ofta praktiskt i början av vårdförloppet vid svår mani eller återkommande läkemedelsvägran.

•

• 104

Behandling av mani, forts

- **Quetiapin:** (Seroquel depot) 600-800 mg/d. Kraftigt sederande. Ges till kvällen, v b kan del av dos ges dagtid. Kan ge lindrig hypotension och yrsel.
- **Litium:** (Lithionit 42 mg) **Dosering efter S-konc: Målvärde är 0,8-1,0 (-1,2) vid mani!** Snabbupptrappning m Lithionit till 2+2 eller t.o.m 3+3 kan i göras i svåra fall, men då krävs kontroll av serumkoncentration varannan dag. Försiktighet vid nedsatt njurfunktion.
- **Valproat:** (Ergenyl, Orfiril, Absenor): 1500-2000 (-2500-3000) mg. S-koncentration kan användas för vägledning. **Många interaktioner- Kontrollera alltid FASS/SFINX vid behandling.** Kontrollera blod- och leverstatus. **Teratogent-** ej till gravida.

Behandlingsresistent mani

- Kontrollera att patienten verkligen tar utdelade läkemedel. Vid vägran behöver ges tvångsinjektioner. Patienten får inte hota/prata sig till att slippa nödvändig medicinering.
- Kombinera maxdos antipsykotikum + Valproat + Litium + ospecifikt sederande lm.
- Överväg tillägg av depåneuroleptika vid längre tids läkemedelsvägran (**Haldol depot, Cisordinol depot, Zypadhera**) vid svår mani

Behandlingsresistent mani, forts

- **Valproat** kan ges som snabb intravenös infusion 2 ggr/d under fastspänning vid svår mani.
- **ECT** vid svår behandlingsresistent mani (utebliven förbättring eller försämring) efter ca en vecka.
- **Akut ECT** = bitemporal ECT inom 24 h, därefter dagligen tills förbättring vid delirios mani (konfusion, extrem agitation, hypertermi, cirkulationspåverkan).

Behandlingsalternativ vid bipolär depression

- Litium
- Quetiapin
- Olanzapin + fluoxetin
- Lamotrigin (profylax)
- Lurasidon

Tack till Benny Liberg!

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

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.

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.

118

Att tänka på vid beroendetilstånd

- **Bensodiazepinpåverkan**
 - Vanligen ingen farmakologisk behandling
 - Övervaka vitalparametrar
 - Lanexat vid svår påverkan/intoxikation (narkosläkare/IVA)
- **Amfetaminspsykos**
 - 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.

119

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.

120



Tack för oss!

Michael Rangne (skrev och berättade)
och Veronica Rangne (ritade)

Maj 2017

