

Gäller för: VE Psykiatri

Innehållsansvar: Agata Paciorkiewicz-Piechalak, (agapa1), Överläkare

Granskad av: Pontus Olsson, (ponol2), Enhetschef

Godkänd av: Sara Ekström, (sarek4), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-04-28

Giltig till: 2028-04-13

# Akut agitation - läkemedelsbehandling - Psykiatri

## Förändringar sedan föregående version

Uppdaterad information om administrering och tillägg av nya preparat.

## Bakgrund, syfte och mål

Det finns idag ett stort antal preparat som används vid akut agitation men ingen nationell eller internationell konsensus kring precis i vilken situation de olika preparaten skall användas. Det finns flera delvis överlappande protokoll för behandling av akut agitation, nedanstående är det som gäller på Psykiatriska kliniken vid Skaraborgs Sjukhus Skövde.

## Förutsättningar

Tänk på somatiska orsaker till agitation. Om klinisk screening inte inger någon sådan misstanke är det dock i praktiken sällan aktuellt med akut provtagning eller annan utredning.

Preparatet väljs i möjligaste mån utifrån bakomliggande orsak till agitation (exempelvis antipsykotika om bakomliggande psykossjukdom).

Kryssa centralstimulantia och antidepressiva.

I möjligaste mån skall vitalparametrar monitoreras efter given behandling.

Ge tillräcklig tid för effekt före nytt behandlingstillägg. Ta hänsyn till halveringstiden.

Som regel bör man undvika att ge bensodiazepiner till patienter med pågående missbruk. Undantag är agitation vid amfetaminpsykoser som i första hand behandlas med bensodiazepiner (förslagsvis

Lorazepam/Temesta i doser upp till 8 mg per injektionstillfälle), i andra hand Olanzapin eller annat antipsykotiskt preparat med låg affinitet för

alfa-adrenerga-receptor. Kraftig blockad av alfa-adrenerga receptorer kan dessa patienter medföra risk för cirkulationskollaps.

## Arbetsbeskrivning

### Peroral behandling med samarbetsvillig patient

**1a** – Lorazepam/Temesta 2-4 mg po (max 10 mg per dygn)

**1b** - Olanzapin 5-10 mg po (max 30 mg per dygn).

**2** - Alimemazin 40 mg/ml, 1 ml (max 4 ml per dygn). Lergigan 25 mg, 1-2 tabletter (max 6 tabletter per dygn). Atarax 25 mg, 1-2 tabletter (max 6 tabletter per dygn).

### Intramuskulär injektion

Val av nedanstående preparat görs utifrån klinisk bild och bakomliggande orsak till agitation. Vid ospecifik agitation bör man i första hand välja Ativan/Lorazepam eller Phenergan/Prometazin.

Lorazepam 2-6 mg

- Bensodiazepin.
- Snabbt tillslag, duration 4-7 timmar, ingen ansamling av aktiva metaboliter.
- Kan kombineras med neuroleptika im (dock ej Olanzapin im!) och prometazin im.

Phenergan/Prometazin 50-100 mg (långverkande, kraftigt sederande)

- Antihistamin.
- Finns på kliniken i beredning 2,5% /25 mg/ml).
- Kan kombineras med neuroleptika (exempelvis Haloperidol) och bensodiazepiner.

Zyprexa/Olanzapin 10 mg (förstahandsval vid psykos, mani eller blandtillstånd)

- Antipsykotika.
- Initial plasmakoncentration blir 5 ggr högre än motsvarande dos po.
- Ges ej inom en timma från given iv/im bensodiazepin (andningsdepression).

- Max dygnsdos (inkl ev. po) är 20 mg.
- Får max ges 3 dagar i rad (hög initial plasmakoncentration, lång halveringstid)

#### Clopixol-Acutard/zuklopentixol 100 mg im

- Antipsykotika
- Ger i regel inte före intagningsbeslut enligt LPT §6b (inga juridiska hinder finns dock)
- Långsamt tillslag (1 dygn), duration 2-3 dygn
- Ger i regel tillsammans med (1-2 mg Ativan/lorazepam im och 10 mg Haloperidol im)

#### Haldol/Haloperidol 10 mg im

- Antipsykotika
- Andrahandsval, om Olanzapin ej kan ges.
- Förstahandsval om det ges tillsammans med Clopixol-Acutard/zuklopentixol.

#### Levomepromazin/Nozinan 25-50 mg im

- Antipsykotika
- Max dygnsdos 300 mg

#### Diazepam/Stesolid 5-20 mg im

- Benzodiazepin
- Max 30 mg/dygn
- Kan kombineras med neuroleptika im (dock ej Olanzapin im!) och Prometazin im.

### **Akut agitation hos äldre (> 65 år)**

Avseende bemötande finns en bra text på [internetmedicin.se](http://internetmedicin.se) under ”Agitation och aggressivitet vid demens”.

Som peroral behandling ges i första hand Oxascand/oxazepam 5-10 mg (max 40 mg per dygn) alt Temesta/lorazepam (0,5-1 mg, max 4 mg per dygn). I andra hand ges aripiprazol 5-10 mg. Atarax/Hydroxicin bör undvikas helt, andra kraftigt antikolinerga läkemedel (såsom Lergigan/Prometazin och Theralen/Alimemazin ges endast i undantagsfall.

Vid behov av intramuskulär injektion ges

1. Temesta/Lorazepam 1- 2 mg im.
2. Abilify/Aripiprazol 9,75 mg im (kan upprepas efter 2 timmar, max 3 injektioner/dygn). Lågt NNH jämfört övriga antipsykotiska läkemedel.
3. Haldol/Haloperidol, 2-5 mg im (kan upprepas efter 2 timmar).

### **Skall ej samadministreras:**

Det finns inga uppgifter om att några av de efterfrågade läkemedlen kan samadministreras. Det finns dock flertalet tecken som tyder på att **samadministrering** av dessa är **förknippat med stora risker** för utfällning, förändrade egenskaper hos läkemedlen och/eller emulsionsrubbningsar av lösningen. Läkemedel för injektion har i regel högre koncentration än läkemedel för intravenös infusion. Högt koncentration medför också i regel en ökad risk för utfällning. [Blandbarhet av intramuskulära läkemedel](#)

Se tabellen: [Visual compatibility and particle counter evaluations of syringes of intramuscular psychotropic coadministered solutions – PMC](#)

### **Skall ej ges via samma kanyl:**

Ur ett mikrobiologiskt perspektiv **bör en spruta inte skruvas loss från en kanyl**, eftersom detta kan öka risken för mikrobiologisk kontamination. Övergripande riktlinjer för exempelvis intramuskulära injektioner finns att ta del av i den nationella [Vårdhandboken](#).

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** VE Psykiatri

**Innehållsansvar:** Agata Paciorkiewicz-Piechalak, (agapa1),  
Överläkare

**Granskad av:** Pontus Olsson, (ponol2), Enhetschef

**Godkänd av:** Sara Ekström, (sarek4), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SKAS9718-621466736-40

**Version:** 9.0

**Giltig från:** 2026-04-28

**Giltig till:** 2028-04-13