

Gäller för: Verksamhet Beroende

Innehållsansvar: Olle Hagberg, (ollha4), Specialistläkare

Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad

Godkänd av: Karina Stein, (karst15), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-03-26

Giltig till: 2027-03-18

# GHB-abstinens

## Revideringar i denna version

Tydliggjort avsnitt med arbetsbeskrivning och farmakologisk behandling.

Redaktionella ändringar.

## Syfte

En del patienter som utvecklat ett beroende av GHB kommer behöva abstinensbehandling för att undvika ett tillstånd som påminner mycket om alkoholutlöst delirium tremens.

Syfte med rutinen är att underlätta vid bedömning och behandling av patient i behov av GHB-avgiftning. OBS! Gäller endast då GHB varit huvuddrog.

## Arbetsbeskrivning

**Vid bedömning** är det viktigt att beakta följande:

Om patient

- tidigare uppvisat kramper eller förvirring under utsättning av GHB
- stöd i bedömning kan göras med alkoholabstinensskalor såsom CIWA-Ar.

På vårdavdelning

- Vid inskrivningssamtal är det viktigt att få så exakta uppgifter som möjligt angående intagen dos av GHB per dygn. Mängd, hur ofta och hur många doser/dygn, samt hur länge GHB-bruket pågått. Doseringen sker i regel ur en petflaska där mängden i en skruvkork motsvarar en ”normaldos” för en vuxen individ men

stora individuella skillnader och variationer i lösningens styrka förekommer.

- Täta kontroller av puls, blodtryck, temp, vakenhet och syresättning under de tre första dyggen. Intervall för kontroll ordinerar av läkare

## Farmakologisk behandling vid GHB-abstinensbehandling

**OBS! Om patient är mycket orolig efter 4 timmar trots nedanstående läkemedelsbehandling kontaktas medicinjour för konsultationsbedömning inför eventuellt övertag av behandling.**

- Utgå från ett dubblerat ”tungt” diazepamschema, förslagsvis 20 mg x 4 samt 10-20 mg vid behov utan begränsning beroende på hur patienten mår. Patienten behöver i regel höga doser diazepam första dyggen. Lämplig startdos är 60 mg/dygn eller mer.
- I vissa fall kan mycket höga diazepamdoser ges, 150-200 mg per dygn. Om patient är allmänpåverkad och har erhållit högre doser bör handläggning relaterat till vårdnivå förankras med medicinjour i första hand.
- Om möjlighet finns att ge diazepam parenteralt kan detta vara ett bra alternativ.
- Behandling med annan bensodiazepin som lorazepam kan övervägas p.o. eller i.m.  
4 mg lorazepam motsvarar cirka 20 mg diazepam.
- Tillägg av baklofen i startdos 10 mg x 3 med upptrappning till maxdos 25 mg x 4 (100mg/dygn) kan övervägas men förutsätter tät monitorering på grund av risk för bland annat respiratorisk svikt.
- Trygga för god sömnbehandling med förslagsvis zopiklon 7,5 mg 2 tabletter till natten.
- Om patient utvecklar ett fulminant delirium kan konvertering till tvångsvård enligt 11 § LPT vara aktuellt. I vissa fall kan patient behöva IVA-vård om abstinensutveckling inte bryts på psykiatrisk eller medicinsk avdelning.

Under vårdtiden bör **kontakt med socialtjänst initieras** för vårdplanering. Vid behov görs en anmälan enligt LVM.

## Ansvar

Verksamhetschef ansvarar för att rutinen finns. Linjechefer ansvarar för att rutinen är känd bland medarbetare och att den följs.

## Uppföljning, utvärdering och revision

Verksamhetsutvecklare ansvarar tillsammans med läkarchef för att rutinen revideras.

## Granskare/arbetsgrupp

Olle Hagberg specialistläkare psykiatri och beroendemedicin  
Elin Lindedal, apotekare Verksamhet Beroende

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Beroende

**Innehållsansvar:** Olle Hagberg, (ollha4), Specialistläkare

**Granskad av:** Elin Lindedal, (elith21), Apotekare, Olle Hagberg, (ollha4), Specialistläkare, Krzysztof Labuz, (krzla1), Överläkare

**Godkänd av:** Karina Stein, (karst15), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9806-1988473940-292

**Version:** 6.0

**Giltig från:** 2025-03-26

**Giltig till:** 2027-03-18