



Tidsskrift

DEN NORSKE LÆGEFORENING

Benzodiazepiner i akutt psykiatrisk behandling

DEBATT

ARNE VAALER

arne.e.vaaler@ntnu.no

Arne Vaaler er overlege ved psykiatrisk akuttseksjon, St. Olavs hospital og professor ved NTNU. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Helsedirektoratets vedtak om at benzodiazepiner ikke kan brukes i akutt psykiatrisk behandling for pasientene.

I et brev til fylkesmennene orienterer Helsedirektoratet om at vedtak etter psykisk helsevernloven § 4-4 ikke omfatter benzodiazepiner (1) andre at medikamentell tvangsbehandling kun kan igangsettes og gjennomføres når det med stor sannsynlighet kan føre til helbredelse, derfor mer enn alminnelig sannsynlighetsovervekt for positiv effekt på den alvorlige sinnslidelsen (psykosen). Helsedirektoratet har det som benzodiazepiner ikke behandler psykosesyntomene direkte, men brukes mot symptomer som angst, uro, søvnvansker og agitasjon (1).

Realiteten i en psykiatrisk hverdag er at mesteparten av pasientene legges inn med sammensatte psykiatriske tilstander. Pasientene er ofte har ofte flere psykiatriske og somatiske problemstillinger (2). Halvparten av pasientene som akuttinnlegges i psykiatriske avdelinger, er p

Benzodiazepiner ved ulike tilstander

I internasjonale retningslinjer anbefales benzodiazepiner ved en rekke akutt psykiatriske tilstander inkludert psykoser med eller uten kor henhold til norske retningslinjer er antipsykotika primærbehandling ved psykoser. Ved en rekke tilstander, også hos pasienter med symp Noen pasienter vil settes i akutt livsfare, for eksempel ved symptomer på katatoni (5). Flere typer rusmidler som amfetaminer, hallusinog og organiske psykiatriske tilstander har akutte eller kroniske psykoser som kjernesymptom. Generelt bør det utvises forsiktighet med bruk e psykotiske tilstander er utløst av paroksysmale cerebrale hyperaktivitetstilstander, vil antipsykotika senke krampeterskelen og ha potens psykose.

Noen pasientgrupper i psykiatriske avdelinger har høy/økt forekomst av selvmord under innleggelse og rett etter utskrivning (8). Disse p årene har vi fått kunnskap om at den primære suicidforebyggende behandlingen for denne gruppen bør være å sikre adekvat behandling

Manglende forståelse

Det er uklart hva Helsedirektoratet mener med «å behandle psykosesyntomer direkte» (1). Ved for eksempel depressive psykoser er med det affektive syndromet. Organiske psykoser kan utløses av for eksempel endret cerebral elektrofysiologisk aktivitet som ved epilepsi (11). stemningsstabiliserende antiepileptika.

Faren for misbruk ved benzodiazepiner er liten både ved kortere og lengre tids behandling (12). De aller fleste pasienter misbruker ikke, d benzodiazepiner fordi det hjelper på en rekke symptomer, inkludert «psykose».

Konklusjonen er at Helsedirektoratet med sitt vedtak fratrar mange pasienter en trygg, skånsom, og effektiv behandling. Det fratrar pasient kompleksiteten i den psykiatriske hverdagen.

LITTERATUR

1. Brev til landets kontrollkomisjoner fra Helsedirektoratet. 12.2.2019. [https://helsedirektoratet.no/Documents/Lovfortolkninger/Psykisk%20helsevernloven/Svar%20p%C3%A5%20sp%C3%B8rsm%C3%A5l%20om%20behandling%20\(27.3.2019\).](https://helsedirektoratet.no/Documents/Lovfortolkninger/Psykisk%20helsevernloven/Svar%20p%C3%A5%20sp%C3%B8rsm%C3%A5l%20om%20behandling%20(27.3.2019).)
2. Zealberg JJ, Brady KT. Substance abuse and emergency psychiatry. *Psychiatr Clin North Am* 1999; 22: 803-17. [PubMed][CrossRef]
3. Mordal J, Holm B, Mørland J et al. Recent substance intake among patients admitted to acute psychiatric wards: physician's assessment and on-site urinalysis. *Acta Psychiatr Scand* 2014; 124: 10-17. [PubMed][CrossRef]
4. Allen MH, Currier GW, Hughes DH et al. Treatment of behavioral emergencies: a summary of the expert consensus guidelines. *J Psychiatr Pract* 2003; 9: 10-17.
5. Daniels J. Catatonia: clinical aspects and neurobiological correlates. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2009; 21: 371-80. [PubMed][CrossRef]
6. Toce MS, Chai PR, Burns MM et al. Pharmacologic treatment of opioid use disorder: a review of pharmacotherapy, adjuncts, and toxicity. *J Med Toxicol* 2015; 30: 10-17.

7. Plantier D, Luauté J. Drugs for behavior disorders after traumatic brain injury: Systematic review and expert consensus leading to French recommenda
 8. Walby FA, Myhre MØ, Kildahl AT. Contact with mental health services prior to suicide: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatr Serv* 2018; 69: 7
 9. Fredriksen KJ, Schoeyen HK, Johannessen JO et al. Psychotic depression and suicidal behavior. *Psychiatry* 2017; 80: 17–29. [PubMed][CrossRef]
 10. Goodwin FK. Preventing inpatient suicide. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 12–3. [PubMed][CrossRef]
 11. Brewerton TD. The phenomenology of psychosis associated with complex partial seizure disorder. *Ann Clin Psychiatry* 1997; 9: 31–51. [PubMed][CrossR
 12. Starcevic V. The reappraisal of benzodiazepines in the treatment of anxiety and related disorders. *Expert Rev Neurother* 2014; 14: 1275–86. [PubMed][Cr
-

Publisert: 6. mai 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0228

Mottatt 17.3.2019, første revisjon innsendt 26.3.2019, godkjent 28.3.2019.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2022. Lastet ned fra tidsskriftet.no 17. august 2022.