

Psychiatrische Urgenties op Spoedopname

C. Jannes

Consultatie Spoedopname

4 grote Algemene Ziekenhuizen met Paaz
Stuivenberg Antwerpen, Brugmann Brussel, Vincent
Van Gogh Marchienne au Pont (Charleroi),
Universitair ziekenhuis Gent

01.10.1993 – 30.09.1994

10.698 aanmeldingen met diagnose Psychiatrische
Stoornissen

Vele personen kwamen meerdere malen terug

3.557 werden opgenomen

Tabel: Prevalentie van psychiatrische spoedgevallen in vier openbare ziekenhuizen in België

Hospitaal	Kantooruren		Overige		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
AZ Stuivenberg	2075	59,3	1423	40,3	3498	31,9
H.U. Brugmann	1451	60,7	939	39,3	2390	21,8
HCM-VVG	2149	64,7	1170	35,3	3319	30,3
UZ Gent	849	48,2	914	51,8	1763	16,1
Totaal	6524	59,5	4446	40,5	10.970	

Spooren D., Jannes, C., 'Project psychiatrische spoedhospitalisaties' data 1996

Tabel: Belangrijkste aanmeldingsredenen in de psychiatrische spoedgevallendiensten van vier openbare ziekenhuizen

Hospital	Hospital A		Hospital B		Hospital C		Referentie		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Aanmeldingsredenen										
Parasuicide	146	4,2	177	7,4	191	5,8	218	12,3	732	7,1
Depressieve kl.	543	15,5	538	22,5	867	26,5	212	11,9	2160	19,3
Alcohol	736	21,1	399	16,7	687	21	506	28,5	2328	21,3
Medicatie	103	2,9	95	4	114	3,5	35	2	347	3,1
Drugs	285	8,1	90	3,8	276	8,4	86	4,8	737	6,7
Verwardheid (psychotisch)	473	13,5	311	13	238	7,3	209	11,8	1231	11,2
Verwardheid (andere)	111	3,2	48	2	78	2,4	30	1,7	267	2,4
Gedragsproblemen	256	7,3	141	5,9	165	5	130	7,3	692	6,3
Angst- en/of paniek	116	3,3	171	7,2	183	5,5	59	3,3	529	4,8
Psychosomatische	65	1,9	49	2,1	34	1	95	5,4	243	2,2
Situationele probl.	471	13,5	270	11,3	315	9,5	147	8,3	1203	11,0
Andere	191	5,5	99	4,1	119	3,6	48	2,7	457	4,1

Spooren D., Jannes, C., 'Project psychiatrische spoedhospitalisaties' data 1996

Tabel: Belangrijkste aanmeldingsredenen in de psychiatrische spoedgevallendiensten van vier openbare ziekenhuizen

Hospital	Hospital A		Hospital B		Hospital C		Referentie		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Aanmeldingsredenen										
Parasuicide	146	4,2	177	7,4	191	5,8	218	12,3	732	7,1
Depressieve kl.	543	15,5	538	22,5	867	26,5	212	11,9	2160	19,
Alcohol	736	21,1	399	16,7	687	21	506	28,5	2328	21,
Medicatie	103	2,9	95	4	114	3,5	35	2	347	3,
Drugs	285	8,1	90	3,8	276	8,4	86	4,8	737	6,
Verwardheid (psychotisch)	473	13,5	311	13	238	7,3	209	11,8	1231	11,
Verwardheid (andere)	111	3,2	48	2	78	2,4	30	1,7	267	2,
Gedragsproblemen	256	7,3	141	5,9	165	5	130	7,3	692	6,
Angst- en/of paniek	116	3,3	171	7,2	183	5,5	59	3,3	529	4,
Psychosomatische	65	1,9	49	2,1	34	1	95	5,4	243	2,
Situationele probl.	471	13,5	270	11,3	315	9,5	147	8,3	1203	11
Andere	191	5,5	99	4,1	119	3,6	48	2,7	457	4,

Spooren D., Jannes, C.. 'Project psychiatrische spoedhospitalisaties' data 1996

Psychiatrische Urgenties

Psychiatrische ziekten met acuut begin of acute recidive

- Schizofrenie
- Geagiteerde depressie
- Manie
- Post-partum depressie

Psychiatrische urgenties

Crisis

- Psychotrauma
- Suïcidepoging
- Break-down

Psychiatrische urgenties

Storend en onaangepast gedrag

- Verslaving
- Psychose
- Acting-out
- randcriminaliteit

Psychiatrische urgenties

Somatische ziekten met psychiatrisch beeld

- Intoxicaties (CO , middelen)
- Diabetes
- Thyreoid lijden
- Koorts

Beslissingsboom

Gedaald bewustzijn

- Somatische pathologie
- Intoxicatie
- Onthouding

Helder bewustzijn

- Niet psychotisch
- Psychotisch

Wat te doen

- Kort fysisch onderzoek
- Uitsluiting organisch lijden
- Korte psychische evaluatie

Features That Point to a Medical Cause of a Mental Disorder

Acute onset (within hours or minutes, with prevailing symptoms)

First episode

Geriatric age

Current medical illness or injury

Significant substance abuse

Nonauditory disturbances of perception

Neurological symptoms—loss of consciousness, seizures.

head injury, change in headache pattern, change in vision

Classic mental status signs—diminished alertness, disorientation, memory impairment, impairment in concentration and attention, dyscalculia, concreteness

Other mental status signs—speech, movement, or gait disorders

Constructional apraxia—difficulties in drawing clock, cube, intersecting pentagons, Bender gestalt design

Catatonic features—nudity, negativism, combativeness, rigidity, posturing, waxy flexibility, echopraxia, echolalia, grimacing, muteness

1. Perform a brief physical examination—Pay special attention to findings characteristic of disorders that may be associated with violent behavior. These include the following:

- a. Head injury.
- b. Evidence of drug use, eg, needle tracks, pupillary constriction or dilatation.
- c. Hypertension and nystagmus in young people, suggesting phencyclidine (PCP) abuse.
- d. Hyperplasia of the gums, suggesting long-term use of phenytoin and a possible postictal state.
- e. Stigmas of long-term alcohol abuse—enlarged liver, capillary distention, spider angiomas, etc.
- f. Medic-Alert tag (possible diabetes).

Korte psychische evaluaties

Algemene Psychische Functies

- Oriëntatie
- Geheugen
- Concentratie
- Oordeel

Korte psychische evaluatie

- Denkstoornissen
eigenaardig
ongewoon
onbegrijpelijk

Korte psychische evaluatie

- Stemming
depressief
prikkelbaar
manisch opgewonden

Korte psychische evaluatie

- Gedrag
agressief
overactief
onbeheersbaar (unmanageable)
gestoord
bizar

Belangrijke aandachtspunten op Spoedopname

- Angst
- Agressie

Angst

- Paniekaanval
- Somatische uitdrukking van paniek
 - hyperventilatie
 - angor pectoris
 - verlamningsverschijnselen
 - paresthesieën
 - pijn

Angst

- Decompensatie door stress of chronische angst
 - hyperesthetische klachten
 - hyperemotionaliteit
 - ruziemaken
 - acting-out
 - twijfel en paniek

Agressie

- Suicide
- Automutilatie
- Agressie tegen anderen

Suicide

Zelfmoord in Vlaanderen

1997: 1056 geregistreeerde gelukke
zelfmoorden

m: 770 v: 286

Suicide

- Het aantal zelfmoordpogingen bedraagt 10 à 20 maal (ruwe schatting gezien de 'dark number') het aantal zelfmoorden
- Dus gebeuren minstens 10.000 zelfmoordpogingen per jaar in Vlaanderen

Suicide

- 4% van de Belgen doen in hun leven een zelfmoordpoging
- 1 op de 10 mensen die een zelfmoordpoging doen sterven binnen het jaar tengevolge van zelfmoord

Suicide

- Iedere suïcidepoging is een ernstig incident
- Uiting van ontredning
 - acut
 - chronisch
- Uiting van hulpeloosheid
 - verdere follow-up nodig
- Uiting van problematiek
 - moet deskundig aangepakt worden

Suicide

- Kort na de poging is de emotionele geladenheid zeer hoog
- De reacties van de patiënt moeten in dit licht gezien worden
 - ✓ Meer afgesloten dan anders tot intense mutisme
 - ✓ Grotere mededeelzaamheid tot intense openheid
 - ✓ Opluchting en neiging alles goed te praten
 - ✓ Kwaadheid naar zichzelf, anderen of zelfs hulpverlening

Suicide

- Bij intoxicatie letten op toestand van bewustzijn
- Indien verlaagd bewustzijn
 - Te doen
 - Korte uitleg
 - geruststelling
 - Waarde van informatie
 - inhoud van verkregen informatie moet zeker nagegaan worden
 - Waarde van therapeutische beïnvloeding
 - meestal weinig impact op patiënt

Suicide

- Bij intoxicatie letten op toestand van bewustzijn
- Normaal bewustzijn
 - Ieder gesprek is zeer belangrijk en heeft een zeer grote impact
 - Als de patiënt vijandig is: stel jezelf beschikbaar, kom later terug, ga niet in het gevecht
 - Als de patiënt neutraal is: goed en invloedrijk gesprek mogelijk
 - Als de patiënt te open is: goed en invloedrijk gesprek mogelijk maar de kwetsbaarheid is veel groter

Suicide

- Gesprekken met andere
 - ✓ Alleen bij normaal bewustzijn
 - ✓ De andere hulpverleners moeten evenzeer bedacht zijn op de grote impact van hun woorden en gedragingen
 - ✓ Gesprek met familie en kennissen: men moet steeds navragen of patiënt er klaar voor is en het gesprek wenst
 - ✓ Ondervraging door politie of andere instanties moet vermeden worden in acute fasen

Suicide

- Suicide kan uiting zijn van ernstige psychiatrische stoornis
 - Het psychiatrisch beeld is U bekend
 - uit eigen kennis van het ziektebeeld
 - uit bestaande dossier gegevens
 - uit heteroanamnese
 - U kan het gedrag van de patiënt niet kaderen in de normaliteit
 - Het is vreemd
 - Het is inadequaat in intensiteit of aard

Suicide

- Indien zekerheid of vermoeden van psychiatrische stoornis
- ✓ Onmiddellijk psychiater of psychiatrisch team betrekken in behandeling
- ✓ Indien deze niet onmiddellijk bereikbaar zijn, overwegen om een tranquillizer of een antipsychoticum toe te dienen

Suicide

- Verhoogd risico op suicide
- ✓ Vroegere poging
- ✓ Intens fantaseren over poging
- ✓ Angst, depressie, uitputting
- ✓ Beschikbaarheid van middelen (cave vuurwapens!!)
- ✓ Bezig zijn met effect van suicide op familie
- ✓ Spreken over wil tot suicide
- ✓ Het neerschrijven van testament of een laatste brief
- ✓ Imminente crisis zoals verwachting van dood van belangrijke naastbestaande of zware chirurgische ingreep
- ✓ Familiale belasting
- ✓ Aanhoudend en allesoverheersend pessimisme en hopeloosheid

Suicide

- Zorgvuldige registratie
belangrijk in verband met follow-up informatie in
geval van recidive
mogelijke juridische implicaties

Noteer ook steeds de inhoud van uw eigen
interventies

Veel gaat verloren

Veel heeft zeer grote invloed op later gedrag

Agressie in ziekenhuizen

Er wordt de laatste jaren meer melding
gemaakt van agressie tegen personeel van
openbare diensten en van hulverlening

Op spoedopnames en ziekenhuizen wordt
meer melding gemaakt van agressie en
geweldpleging

In een maatschappij evolueren de uitingen van
agressie en geweld steeds

Agressie in ziekenhuizen

- Spoedopnames en andere diensten van algemene ziekenhuizen worden specifiek door patiënten opgezocht
- Ordehandhavers doen ook meer beroep op deze diensten om agressie te beteugelen
- Zij dienen zich aan omwille van
 - ✓ medicatieverlening
 - ✓ Diagnosestelling
 - ✓ Specifieke deskundigheid

Agressie in ziekenhuizen

- Juridisch en politieel doet men meer beroep op spoedopnames
 - ❖ gedwongen opname
 - ❖ controle bloedafnames
 - ❖ andere staalafnames
 - ❖ vaststellingen

Agressie in ziekenhuizen

- Onveiligheid wordt verhoogd door anonimisatie
Men kent de mensen steeds minder
spoedopname is laagdrempelig
ziekenhuizen bevinden zich in stedelijke agglomeraties

Agressie in ziekenhuizen

- Mensen in de hulpverlening utoen een steeds grotere onzekerheid inzake regelgeving rond wettelijkheid, rechten, plichten, aansprakelijkheid, sancties....
- Publiek wordt assertiever
- Meer juridische stappen worden ondernomen
- Regelgeving wordt steeds uitgebreider en ingewikkelder

Agressie in de medische praktijk

- Agressie als symptoom van een ziekte
- Agressie die niet door een ziekte veroorzaakt wordt

Agressie in de medische praktijk

- Agressie bestaat reeds vooraf
- Agressie ontstaat tijdens de wachttijd
- Agressie ontstaat tijdens de medische of paramedische handelingen

Agressie in de medische praktijk

- Meer agressie vanwege de omgeving van de patiënt
- Meer agressie door opstoken of ander gedrag van de omgeving van de patiënt

Onderzoek op frequentie van voorkomen

- Doelgroep: hulpverleners op spoedopnames
- Methode: Gestructureerde enquête
- N= 575

Incidentie agressie per week

	<5	5-10	10-20	>20
Verbaal	63%	25%	7%	5%
Non verbaal	76%	19%	3%	2%
Fysiek geweld	97%	3%		

Oorzaken

- Methode : gestructureerde enquête
- Doelgroep: hulpverleners op spoedopnames
- N=575

- Ziektebeeld van patiënt 41%
- Angst van patiënt 15%
- Ook nog
 lange wachttijden
 attitude van hulpverlener zelf

Oorzaken van agressie


- Aan het personeel werd gevraagd welke volgens hen de oorzaak was van agressie bij de laatste drie incidenten
- Er werd hen ook gevraagd om, indien er meerdere oorzaken waren, deze aan te duiden in volgorde van belangrijkheid

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	spanningen tussen personeel	6	1,0	1,2	1,2
	wachttijd	42	7,3	8,2	9,4
	tekort aan informatie over pt	11	1,9	2,1	11,5
	pijn van patiënt	13	2,3	2,5	14,1
	angst	74	12,9	14,5	28,5
	personeelstekort	24	4,2	4,7	33,2
	onbegrip vanwege de pt	13	2,3	2,5	35,7
	weigeren van zorg door de pt	25	4,3	4,9	40,6
	ziektebeeld	208	36,2	40,6	81,3
	ongeduld	41	7,1	8,0	89,3
	gedrag van de verpleging	3	,5	,6	89,8
	hoge turn-over	6	1,0	1,2	91,0
	veeleisend gedrag van de pt	22	3,8	4,3	95,3
	toegankelijkheid van de dienst	5	,9	1,0	96,3
	fysieke omgeving	5	,9	1,0	97,3
	andere	14	2,4	2,7	100,0
	Total	512	89,0	100,0	
Missing	99	63	11,0		
	Total	63	11,0		
Total		575	100,0		

Verzoek 2 van agressie

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	spanningen tussen personeel	5	,9	1,0	1,0
	wachttijd	50	8,7	9,9	10,8
	tekort aan informatie over pt	17	3,0	3,4	14,2
	pijn van pt	30	5,2	5,9	20,1
	angst	76	13,2	15,0	35,1
	personeelstekort	23	4,0	4,5	39,6
	onbegrip vanweg pt	49	8,5	9,7	49,3
	weigeren van zorg door pt	37	6,4	7,3	56,6
	ziektebeeld	45	7,8	8,9	65,5
	ongeduld	73	12,7	14,4	79,9
	gedrag van verpleging	13	2,3	2,6	82,4
	hoge turn-over van ptn	17	3,0	3,4	85,8
	veeleisend gedrag van pt	46	8,0	9,1	94,9
	toegankelijkheid van de dienst	6	1,0	1,2	96,1
	fysieke omgeving	8	1,4	1,6	97,6
	andere	12	2,1	2,4	100,0
	Total	507	88,2	100,0	
Missing	99	68	11,8		
	Total	68	11,8		
Total		575	100,0		

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	spanningen tussen personeel	12	2,1	2,4	2,4
	wachttijd tekort aan informatie over pt	63	11,0	12,6	15,0
	pijn van pt angst	15	2,6	3,0	18,0
	personeelstekort	23	4,0	4,6	22,6
	onbegrip vanwege pt	57	9,9	11,4	34,0
	weigeren van zorg door pt	25	4,3	5,0	39,0
	ziektebeeld ongeduld	49	8,5	9,8	48,8
	gedrag van verpleging	39	6,8	7,8	56,6
	hoge turn-over van ptn	76	13,2	15,2	78,4
	veeleisend gedrag van de pt	16	2,8	3,2	81,6
	toegankelijkheid van de dienst	19	3,3	3,8	85,4
	fysieke omgeving	47	8,2	9,4	94,8
	andere	6	1,0	1,2	96,0
	Total	500	87,0	100,0	100,0
Missing	99	75	13,0		
	Total	75	13,0		
Total		575	100,0		



PREVENTIEDIENST

ANALYS
19

Registratieperiode :
23/04/1995 tot en met 31/12/1998
(zijnde ongeveer 44 maand.)

Aantal gemelde voorvallen:

Jaartal	Totaal	Gemid./mnd.
1995	19	2,4
1996	34	2,83
1997	23	1,92
1998	37	3,08
Vol.registr.periode	113	2,56

Tiidsindicatoren:

Weekdagen (ma tem. do) : 52
Weekend (vrij tem. zon) : 61

	Totaal	1995	1996	1997	1998
's Morgens 07u00-12u00	22	5	9	/	8
's Middags 12u00-18u00	17	5	2	2	8
's Avonds 18u00-22u00	26	5	9	5	7
's Nachts 22u00-07u00	48	4	14	16	14

Gebruik van wapen of materieel voorwerp:
(dit gaat van mes tot en met slaan met in de nabijheid staand voorwerp bv. files)

Jaartal	Aantal
1995	3
1996	6
1997	4
1998	3
Vol.registr.periode	13

Politie of Rijkswacht:

	Totaal	1995	1996	1997	1998
Tussenkornst	29	7	10	2	12
Meename	14	5	4	/	5

Specifieke opvang van agressie Teammelding

- Wanneer een van de teamleden een dreiging tot agressie observeert wordt hiervan melding gemaakt aan het team
- Meteen wordt het probleem beschouwd als een medische urgentie die nauwlettende observatie en specifieke behandeling vergt
- In het team wordt afgesproken wie de leiding neemt

Specifieke opvang van agressie gegevensverzameling

- Indien mogelijk en bij voorkeur heteroanamnese van familie, begeleiders of eventueel politie
- Informatie inwinnen bij huisarts of andere behandelaar(ss)
- Vlugge inzage van medisch dossier van eventuele vroegere behandelingen (agressie vertoont meestal gelijkende patronen)

Specifieke opvang van agressie Procedures

- Geschreven procedures of protocollen moeten bestaan
- Afspraken met politie moeten gemaakt worden
- Het moet duidelijk zijn voor artsen en personeel wanneer een procureur moet ingeschakeld worden

Specifieke opvang van agressie Procedures

- Voorbeelden van aangifte en schadeclaims moeten voorhanden zijn
- Afspraken moeten gemaakt worden met bestuur en administratie
- Oprichten van een kwaliteitscomité

Specifieke opvang van Agressie Management

- De mate van agressie bepaalt de snelheid waarmee de stappen worden doorlopen
- Zo is een correcte diagnostiek prioritair wanneer de situatie het toelaat
- Ingeval van escalatie wordt diagnostiek secundair wanneer de acting-out te gewelddadig wordt
- Dan is beheersing van symptomatologie prioritair

Specifieke opvang van agressie management

- Algemene voorwaarden
 - Beschikbaarheid van wachtplaats
 - Beperken van wachttijd
 - Geven van informatie
 - Regelmatig contact

Specifieke opvang van agressie management

- Specifieke voorwaarden
 - plaatsen in prikkelarme omgeving
 - verwijderen van 'uitnodigend materiaal'

Specifieke opvang van agressie de behandeling

- Preventie
 - Agressie houdt steeds een appèl tot contactname in. Het beleid een patiënt "eerst alleen te laten om wat af te koelen" en geen duidelijk contact te nemen is daarom vaak een trigger tot escalatie van geweld
 - Bij aanvang is een niet veroordelende, kordate houding van luisterbereidheid vaak een eerste sein aan de patiënt dat hij au sérieux wordt genomen. De behandelaar maakt kennis en stelt zich voor als hulpverlener en welke functie hij heeft.

Specifieke opvang van agressie behandeling

- Preventie
 - Een volgende stap houdt in dat de behandelaar benoemt dat hij merkt dat de patiënt kwaad of dreigend is. Het benoemen van een gedrag kan reeds voldoende zijn om het gedrag te laten ophouden omdat de boordschap van de patiënt expliciet als 'begrepen' wordt aangeduid.
 - Vervolgens kan aan de patiënt uitgelegd worden dat hij, ook zonder agressie te gebruiken, zal gehoord worden en zo vlug mogelijk zal geholpen worden en dat dit des te vlotter zal verlopen indien het rustig blijft

Specifieke opvang van agressie behandeling

- Preventie
 - De hulpverlener tracht samen met de patiënt het probleem te definiëren en mogelijke oplossingen te evalueren. Hier kan afgesproken worden enkele onderzoeken uit te voeren
 - De verdere behandelingsstappen kunnen met de patiënt afgesproken worden om in eerste instantie de zelfcontrole weer op te nemen
 - Indien dit niet mogelijk is wordt afgesproken dat de hulpverlener de controle partieel of volledig overneemt. Bepaalde patiënten gaan hiermee akkoord, andere niet

Specifieke opvang van agressie behandeling

- **Actie** : voorbeeld Dr. Armstrong
- ✓ De benadering van de patiënt gebeurt steeds met meerdere personen (minstens vijf in stand by)
- ✓ De behandelaar staat voorop en de andere teamleden zijn aanwezig in dezelfde ruimte op handafstand, duidelijk zichtbaar voor de patiënt. De fysieke aanwezigheid van het team maakt sommige patiënten reeds rustig.
- ✓ Aan de patiënt wordt voorgesteld sederende medicatie te aanvaarden
- ✓ Indien de agressie aanhoudt wordt de patiënt verwittigd dat hij zal gemediceerd, desnoods geïsoleerd of gebonden worden

Specifieke opvang van agressie behandeling

- **Actie**
- ✓ Wanneer de agressie blijft beslist de behandelaar om de controle over te nemen. Hij blijft de procedure uitleggen aan de patiënt
- ✓ De hoofdbehandelaar wijst vier teamleden een lidmaat van de patiënt aan en neemt zelf het hoofd. Zo blijft hij rechtstreeks communiceren. Hij is de enige die met de patiënt praat.
- ✓ De patiënt wordt vastgehouden door het team en met fixeermateriaal rond elke pols en enkel vastgemaakt. Hij wordt aan een stevige brancard vastgemaakt in liggende of halfzittende houding. Hij wordt in zijlig of buiklig gepositioneerd wanneer er gevaar is voor aspiratie

Specifieke opvang van agressie behandeling

- Actie
 - ✓ Na fixeren wordt bij voorkeur sederende medicatie toegediend
 - ✓ De patiënt wordt verder onderzocht
 - ✓ De patiënt wordt beschouwd als een intensive care geval: vitale parameters worden regelmatig nagegaan en neurovasculaire compressie door fixeermateriaal wordt uitgesloten

Specifieke opvang van agressie behandeling

- Actie
 - ✓ De beslissing om de boeien van patiënt los te maken of uit de isolatie kamer te halen worden slechts door de hoofdbehandelaar genomen
 - ✓ Alle stappen dienen zeer zorgvuldig geregistreerd te worden in het dossier. Het verdient aanbeveling ook een centraal dossier rond agressie aan te leggen.
 - ✓ In het dossier moeten minstens de tijdstippen van alle stappen, de aanwezige teamleden, de observaties, de toegediende medicatie, het tijdstip en het waarom van het opheffen van fixatie en isolatie genoteerd worden op een systematische wijze.

Specifieke opvang van agressie behandeling

- Medicatie

*Algemene raad: gebruik bij voorkeur steeds
dezelfde middelen*

- Tranquillisers
- Temesta/ lorazepam (1-2.5 mg) PO/IM
meerdere malen toe te dienen
- Valium/ diazepam (10mg) PO/ IM
cave: ademhalingdepressie

Specifieke Opvang van Agressie behandeling

- Medicatie
- Dopamineantagonisten (antipsychotica)
haldol (1ml= 2mg) PO/IM
Clopixol acutard IM (72 uur werking)
dehydrobenzperidol IM
- Dopamineantagonisten en serotonineagonisten
Risperdal, seroquel, zyprexa enz.