

Fastlegens rolle i nettverksbasert palliativ omsorg

AV SIRI BRELIN

Jeg har lyst til å fortelle om **Jens**, en pasient i slutten av 40-årene, som jeg kjente fra mange og lange samtaler fordi han var deprimert og hadde problemer på jobben. Han hadde en bitter skilsmisse bak seg og hadde delt omsorg for to jenter på 11 og 16 år. Den eldste jenta hadde en del problemer etter skilsmissen, hun var mye trassig og utprøvende. Barnevernet var inne i bildet på grunn av samarbeidsproblemer mellom foreldrene.

Jens ringte til meg og telefonsamtalen lød noe slikt som:

- «Siri, jeg har fått kreft. Har du fått noe fra sykehuset?»
- «Ja, det har jeg ...»
- «Jeg skal dø»

Jeg holdt inne, engstelig for å si noe galt. Slike samtaler bør vel egentlig ikke tas over telefonen. Men jeg visste han hadde rett. Epikrisene fra sykehuset hadde bekreftet det jeg hadde fryktet. Jens hadde fått påvist kreft i bukspyttkjertelen, det kunne ikke opereres og det eneste tilbudet videre var lindrende behandling.

– «Hva med jentene mine nå? Jeg orker ikke å si noe til dem!»

– «Vet eks-kona di noe om dette da?»

– «Ja, jeg ringte og fortalte det, men *hun* ville ikke si noe til jentene ... Jeg vil at *du* skal gjøre det!»

– «Ja vel ... Jens, jeg vil at vi skal snakke mer om dette, kan du komme på kontoret mitt i morgen, så tar vi en prat om hvordan vi skal gjøre dette...?»

Jeg snakket med Jens på kontoret og vi ble enige om å forsøke å få til et felles møte med eks-kona og jentene, og etter litt parlamentering gikk eks-kona med på dette. Møtet forløp som man kan vente både sårt og angstfylt, men under rolige forhold i kjente omgivelser for jentene.

Etter noen dager hadde vi enda et møte hvor hjemmesykepleien, helsesøster og en representant fra barnevernet også var tilstede.



Siri Brelin

fastlege i Halden, Prosjektleder for Fastlegen i nettverksbasert omsorg.

Etter dette var jentene alene hos meg ved flere anledninger fordi de hadde spørsmål av mer medisinsk art, som:

- Hvor lenge kommer pappa til å leve?
- Må han være på sykehuset hele tiden?
- Åssen kommer han til å dø?
- Må jeg se ham når han er død, er det ekkelt?
- Finnes det ikke noen behandling for pappa et annet sted i verden?
- Hva er 'enkli' kreft?
- Kan jeg få det?

Jeg tror de opplevde at det var lett å komme innom legekontoret. Det ligger på skoleveien, om ikke annet så nærmest for å si hei, og føle på tryggheten ved å vite hvor man kan gå for å treffe noen som vet. Den viktigste jobben i forhold til jentene gjorde selvsagt Jens og eks-kona når de først var kommet i gang. Det var viktig for eks-kona å understreke for omgivelsene at det var nettopp dette hun var, *skilt* fra Jens, og at det ikke kom på tale å flytte sammen igjen pga Jens sin sykdom.

Jeg lovte Jens å følge ham på den veien som sto foran ham. Han følte seg trygg og hadde mot til å møte de utfordringene sykdommen ga.

Jens fikk dø hjemme i egen stue, med den utsikten han kjente og de menneskene han var glad i rundt seg. Innsatsen fra hjemmesykepleien, naboer og venner gjorde dette mulig. Selvsagt var fastlegen også en sentral medspiller.



FOTO: PETTER BRELIN

Hvorfor er palliativ behandling et aktuelt tema for fastleger?

Nordmenn blir stadig eldre, eller snarere, det blir stadig flere gamle nordmenn. Med dette øker også incidensen av kreftsykdommer i befolkningen. I Norsk Kreftplan heter det bl.a. at «Primærhelsetjenesten er en av bærebjelkene i kreftomsorgen» og at «hovedansvaret for pasientene må være i primærhelsetjenesten, nærmest mulig pasientens hjemmemiljø». Hvis vi tar utgangspunkt i situasjonen slik den er i dag, vil i gjennomsnitt hver fastlege følge to til tre av sine pasienter gjennom en terminalfase som kan kreve palliativ behandling, hvert år.

Det er vel kjent for fastleger og sykehjemsleger at pasienter svært ofte har negative erfaringer med innleggelser i sykehus. De blir ofte forvirret og deres generelle funksjonsnivå blir ofte verre etter brå miljøskifter som ved sykehusinnleggelser. De pårørende har ofte negative opplevelser med fremmedgjøring og problemer med å vite hvor man skal

hente sin informasjon. Dermed blir det viktig for oss i størst mulig grad å kunne beholde pasientene og behandle dem i hjemmet eller på sykehjemmet.

Jeg oppdaget, i min iver etter å oppdatere meg innen feltet, at palliativ medisin i 1.linjetjenesten er en ganske «hot» greie med ideologi og praksis i en rivende utvikling over hele den vestlige verden. Det interessante er at alle utredninger og retningslinjer jeg har lest fra hele Europa, har verdimeslige fellestrekk som går igjen og trekker i samme retning, nemlig mot mer hjembasert omsorg, ja, mot selve hjertet i allmennmedisinsk ideologi; omsorg på laveste effektive omsorgsnivå (Leon-prinsippet).

Jeg vil komme med en påstand: **palliasjon i sykehus og palliasjon i primærhelsetjenesten er to forskjellige ting.** Det er noe annet å drive med dette på det lokale plan enn på sykehus. På det lokale plan blir medisinerer av smerter og plager, opiatdoseringer osv. bare en liten del av det som kreves. I tillegg har vi utfordringer som tverrfaglighet, informasjon og sosial integrasjon av alvorlig syke og døende og deres pårørende, aksept av døden som en del av livet og ritualer ved dødsfall. I vår allmennmedisinske, holistiske tankegang er det naturlig at vi ser mennesket bak sykdommen. Personens, ikke pasientens, livshistorie med sorg, kjærlighet, språk, historie, filosofi, teologi, kunst, kultur og behov for sjelesorg.

Det betyr ikke at det ikke er nok av utfordringer også i 2.linjetjenesten. Men fokus står i fare for å bli mer i retning av om epiduralkateteret ligger korrekt eller om maksimal strålingsdose er gitt, – satt på spissen. Slik jeg oppfatter det, blir det altså ofte ikke like helhetlig.

Hvor «døds viktig» er palliativ behandling?

Vi mennesker møter døden når andre dør, og det er erfaringene fra observasjon av andres død, som danner grunnlaget for hvordan vi håndterer å stå overfor vår egen død.

Det å frykte en smertefull og uverdiggang av livet kan være et viktig argument for legalisering av eutanasi. I mangel av et godt palliativt tilbud, kan hjelp til å avslutte livet fremstå som den eneste sikre måten å få slutt på lidelser.

Derfor er det viktig at vi kan gi en trygghet for at lindrende behandling kan tilbys for de plager som måtte oppstå. Denne tryggheten kan være avgjørende for at den syke skal våge å møte de utfordringer som sykdommen gir. Hva må til for å skape denne tryggheten? Jo, en bevisstgjøring og sikring av nødvendig kunnskap blant alt helsepersonell som arbeider med alvorlig syke og døende.

Hvor skal pasientene behandles?

Stadig flere synes å oppleve at **man er minst like trygg i hjemmet som på sykehus**. Som nevnt er folks møte med sykehuset varierende. Mange av de palliative pasientene har *ikke* noen positiv opplevelse av møtet med sykehuset. Effektiviseringsbestrebelse på sykehuset er ofte ikke kompatibelt med de behovene man har i en palliativ situasjon.

Det vil ofte være slik at man treffer forskjellige leger ved innleggelsene og ulike sykepleiere på avdelingene, og man vil slett ikke alltid havne på samme avdeling fra gang til gang, det er avhengig av hvor det er plass. Dette på tross av at man på sykehuset tilstreber et system med primærkontakter når det gjelder både leger og sykepleiere. Disse forhold innebærer at man vil kunne få ulike beskjeder som hver for seg kan være like riktige, men siden de oppfattes som forskjellige, skaper de utrygghet.

Jeg tror at fastlegen ofte vil være pasientens nærmeste og viktigste støttespiller på hjemstedet. Fastlegen kan potensielt representere kompetanse, kontinuitet og stabilitet. Pasienten trenger en kompetent person til å fungere som bindeledd mellom behandlings- og omsorgsnivåer. Kanskje trenger vi noe kompetanseheving på dette området, men

dette arbeidet har vært gjort av husleger i uminnelige tider og med dårligere ressurser enn vi har å spille på både når det gjelder utstyr og tverrfaglige samarbeidspartnere. Hjemmesykepleien fungerer etter min erfaring strålende der de slipper til og har en samarbeidsvillig fastlege å støtte seg på. Dette bør være, og er jo til en stor grad allerede, en naturlig del av vanlig allmennlegearbeid på samme måte som arbeid med annen kronisk sykdom.

Utgjør de palliative pasientene et «merarbeid» for fastlegen?

Hvis hver av oss følger to til tre slike pasienter hvert år, hva er det i forhold til alle de pasientene vi ser? Utgjør de allikevel et «merarbeid»?

Ja, det kan utvilsomt bli arbeidsintensivt i perioder med disse pasientene, deres pårørende, samarbeidsmøter med hjemmesykepleie, fysioterapeuter, sosionomer, trygdekantor osv.

Slik jeg ser det, er det da vi kan takke vår Skaper for at så mye av det vi driver med er så såre enkelt ... Som for eksempel å behandle astma eller øreverk eller streptokokker ... *det er lett det!!!* Men ikke på langt nær så takknemlig som palliative care.

FIGUR 1: Skjema for bruk av smertestillende medisiner ved terminal kreft.

KORT OM SMERTEBEHANDLING

Medikamenter som benyttes hos ikke-inneliggende pasienter:

	DEPOTPREPARAT	ANFALLSBEHANDLING
Morfin	Dolcontin tbl.	Morfin tbl.
Ketobemidon		Ketogan el. Ketorax tbl
Oxykodonhydroklorid	OxyContin tbl.	OxyNorm tbl
Fentanyl	Durogesic plaster	Actiq sugepinne
Hydromorfon	Palladon tbl.	
(Metadon mixt./tbl).		

"Styrkeforhold" beregnes ut fra morfin-ekvivalengetiske enheter:

PARENTERAL dose : PERORAL dose = 1 : (2)3

Gjelder morfin og ketobemidon.

Stoff	Ekvivalengetiske doser(mg)	
	iv./s.c.	peroralt
Morfin	10mg	30mg
Ketobemidon	10mg	30mg
Oxykodon-hcl		15mg
Palladon		3-4mg
(Metadon)	10mg	20mg

Durogesic doseres som mikrogram/t og beregnes ut fra **peroral morfindose** mg/døgn - i forholdet:

DUROGESIC: PERORAL DØGNDOSE MORFIN = 1:3

Ex.:
25mikrog/t Durogesic vil gi smertestilling tilsv. ca.75mg morfin p.o./døgn.

Oppstart av opiatbehandling ved maligne lidelser

- Husk "grunnsnøring" med **Paracetamol 1gx4**
- Vanlig å starte med 5-10mg **Dolcontin** 2ggr.dgl. og tillegg av **Morfin** 10mg tbl. ved gjennombruddsmerter.

NB! Det er ingen øvre grense for bruk av morfin-tbl., men man bør notere ned forbruket av tbl. for beregning/dosering av depotpreparatet.

Dosering av opiat til gjennombruddsmerter

Etter hvert som pasienten kommer opp i dose, skal dosen ved gjennombruddsmerter tilsvare ca. **1/6 av total døgndose**.

Permanent døgndoseøkning kan gjøres ved å:

- Summere behov for ekstra smertestillende medikasjon (brukt v/gjennombruddsmerter) og legge dette til døgndosen depotpreparat(halvparten til morgen- og halvparten til kveldsdosen) eller
- Legge til 50 % av døgndosen (inntil doser mindre enn 500mg morfin/døgn)

Oppstart av Durogesic plaster:

Ikke start med Durogesic plaster før pasienten er oppe i en døgndose perorale morfinekvivalenter tilsv. 50-60mg.
Det startes da med 25 mikrog./t. Plasteret skiftes hver 3.dag.
Kan startes tidligere dersom ønskelig, med 12,5mikrog./t som tilsv. døgndose Dolcontin på 30mg.

Økning av Durogesic plaster:

Pasienter som står på Durogesic plaster kan, når tilleggsbehovet for peroral morfin kommer opp i 60-90mg, få øket Durogesic med 25mikrog/t.

Overgang fra peroral behandling med Dolcontin til Durogesic:

Enkel omregning:
Antall milligram morfin peroralt : 3 = antall mikrogram/t Durogesic

Hva gjør man for umiddelbar lindring?

- Beregning av døgndose i perorale morfinekvivalenter,**
- dvs. summasjon av all opiatmedikasjon pasienten har tatt siste døgn.
- Divideres med 2-3 for å finne parenteral døgndose**
- Pas. kan gis 1/6 av total døgndose som i.v. eller sc. injeksjon i akutsituasjonen for å kupere smertene.**

Morfindrypp iv./sc. Pumpebehandling:

Gis for eksempel der pasienten har vanskelig kontrollerbare smerter, store doser, svelgsvanser, el. dyspne på bakgrunn av lungecarcinomatose(cancerinnvekt i bronkiolieveggene).

Beregnes ut fra **summert morfinekvivalent døgndose parenteralt**.
Divider på 24timer og du har timedosen, som oftest er utg.pkt.for infusjonshastighet på pumpen.

Bolus beregnes ut fra døgndosen parenteralt og utgjør 1/6 av denne.

HUSK FULL REFUSJON

§ 5.22,
§9.9

OBS! ALLTID LAXANTIA TIL OPIAT-MEDISINERTE!!

HELSE OG REHABILITERING

Hva bør et tilbud om optimal palliativ care innebære?

Et tilbud om palliativ care må innebære vurdering, behandling og god lindring av den aktuelle medisinske situasjon og plagsomme symptomer. Dette gir seg selv. – Vi *må* kunne smertestilling, kvalmestilling osv. Det er basis i det palliative tilbudet, og uten dette kommer vi ikke langt i øvrige tilnærminger. Når pasienten har god symptomkontroll, kan vi komme videre i vår tilnærming med åpen, ærlig og forberedende kommunikasjon til pasient og pårørende.

Vi må fortelle sannheten, den skal bringes varsomt frem med rett informasjon til rett tid. Det må gis rom for vurdering og drøfting av aktuelle medisinske og etiske utfordringer. For eksempel: Når skal vi si at antibiotikabehandling ikke lenger er livreddende, men lidelsesforlengende? Et annet etisk problem kan være når pasienten slutter å spise og drikke. Hva gjør vi da? Terminalfasen er ofte preget av økende vekttap og fallende allmenntilstand grunnet tumorindusert kakeksiutvikling. Det er i denne situasjonen lite å vinne på aggressiv ernæringsbehandling, og det er ikke indikasjon for parenteral ernæring. Derimot kan behandling med steroider redusere vektreduksjon og bedre livskvaliteten for en del pasienter.

Pasient, og ikke minst pårørende, vil i denne fasen ofte være sterkt opptatt av det manglende næringsinntak, og kan feilaktig tro at det er dette som er årsak til progresjon av kreftsykdommen. Denne misforståelsen, og en opplevelse hos pårørende av at man svikter den syke når man ikke fikk ham/henne til å spise, kan føre til en ugrunnet skyldfølelse hos pårørende etter at pasienten er død.

Ernæringstiltak må ikke bli en hindring for at pasienten etter eget ønske kan være hjemme. For å verne pasienten mot ernæringspress og forhindre pårørendes skyldfølelse, er det grunnleggende at både pasient og pårørende blir informert om at progresjonen av kreftsykdommen og forventet levetid i denne fase av sykdommen, ikke er påvirket av ernæringstiltak. En best mulig livskvalitet må derfor være målet for de tiltak som settes i verk i denne fase av kreftsykdommen. (Kilde: Cytostatikahåndboka)

Psykososial støtte og oppfølging til pasient og pårørende inngår i optimalt palliativ care. Det blir mange samtaler! ... og veiledning for samtaler i familien. I tillegg blir det samtaler om støtteordninger og Trygdeytelser. Visst er det mange utfordringer!!

Hvordan holder vi ut, når alt er vanskelig?

Hvordan skal vi klare alle utfordringer og problemer som vi observerer i kontakt med våre pasienter, pårørende, med-

arbeidere og oss selv? Heldigvis er det takknemlig å symptomlindre. Vi får delta i andre menneskers liv på det mest intense med støttende funksjon og kompetanse. Bortsett fra det, tror jeg det er viktig å møte kolleger for å snakke om våre utfordringer, opplevelser og frustrasjoner. Jeg driver et prosjekt i Østfold for Kreftforeningen, med midler fra Helse og Rehabilitering, som heter 'Fastlegen i nettverksbasert omsorg for kreftpasienter', hvor en fastlege fra hver av de 18 kommunene deltar i kompetansehevinge smågruppevirksomhet. Smågrupper generelt er jo et nyttig og nødvendig forum for slik debriefing og frustrasjonsbearbeiding.

'Fastlegen i nettverksbasert omsorg for kreftpasienter'

Målet for prosjektet er at 'Kreftpasienter og andre alvorlig syke og døende møter et koordinert og kompetent tjenestetilbud i kommunen'. I en brukerundersøkelse gjort på Radiumhospitalet 1997–98, viser resultatet at både inneliggende og polikliniske pasienter savner mer og bedre informasjon om hvordan de skal innrette seg i hverdagen hjemme. (Reed Anna & al. 1997–98)

Pasienter gir selv uttrykk for at de overlates til seg selv etter endt behandling. Det er sannsynlig at oppfølgings-tilbudene er mangelfulle. Undersøkelser viser at det er størst behov for støtte i tiden før diagnose, før og etter kirurgisk behandling og like etter at pasientene kommer hjem fra sykehus. I tillegg kommer behov for oppfølging og palliative behandlingstiltak gjennom hele sykdomsforløpet. (H. Melsom & Erik Wist, Tidsskriftet for Den norske lægeforening 2001; 121: 2590–2 Terminalomsorg til kreftpasienter).

Ansvarsforholdet mellom sykehus og primærhelsetjenesten kan virke forvirrende på de kreftrammede. Organiseringen er ikke tydelig nok for de som trenger hjelp.

Gjennom prosjektet ønsker jeg å arbeide for at kommunene i Østfold får rutiner for planlagt oppfølging av kreftrammede og at ansvarsforholdet mellom primærhelsetjenesten og sykehuset avklares og fungerer etter helselovenes intensjoner – samtidig som jeg ønsker å bidra til kompetanseheving i primærhelsetjenesten.

Som ledd i dette er det naturlig å fokusere bl.a. på smertestilling. Så enkelt, – så viktig!! I den sammenheng har jeg laget en enkel presentasjon av smertestilling som jeg håper kan komme til nytte i det vanlige, praktiske arbeid i konsultasjonen med den palliative pasienten. (Se figur 1). Jeg vil gjerne tilføye noen momenter til denne korte smertestillingsveilederen:

– Man regner ikke at behandling med Paralgin Forte/Tramadol/Aporex har noen plass i behandlingen av maligne smerter. Man kan godt gå de rundene, men vanligvis er det mer hensiktsmessig å gå rett på en liten dose Dolcontin, 5–10 mgx2.

For dem som måtte være interesserte tilsvare 30 mg Kodein 3 mg morfin peroralt. Det vil si at 6–8 tbl PF tilsvare omkring 20–25 mg Morfin peroralt.

– Jeg har ingen synspunkter på hva som er best; Durogesic, OxyContin/OxyNorm eller Dolcontin/Morfin. Det må en helhetsvurdering til. For eksempel vil det ved svelgvansker eller mye gjennombruddssmerter rett før neste tablettedose, ofte være lurt å sette inn plaster for å få jevnere serumkonsentrasjon gjennom døgnet.

Noen mener det er litt mindre kløe og kvalme ved bruk av OxyContin ifht. Dolcontin, men det foreligger ikke dokumentasjon for signifikante forskjeller. *Opiatskifte* ved mye bivirkninger, kan være veldig nyttig og kan ofte medføre behov for noe lavere dose enn ekvipotensen skulle tilsi.

– Norspan plaster inneholder buprenorphine (Temgesic/Subutex) i knøttetdose, 5 mikrog./t tilsv. ca. 3 Paralgin Forte, og har dermed antakelig ikke noen plass i behandlingen av maligne smerter. Mulig at det sterkeste plasteret vil kunne få en plass, det gjensstår å se.

I oversikten har jeg ikke tatt med noe om behandling av nevrogene smerter (Neurontin/Lyrica), og heller ikke noe om bruk av TCA i smertebehandling, men dette er vel godt kjent blant allmennlegene.

Durogesic har nå kommet i 12,5 mikrog/t, og det er en god nyhet, tilsv. altså ca. 30 mg morfin døgndose.

Jeg håper det kan komme til nytte som en brukbar tilnærming når det trengs.

Lykke til videre i et arbeid som bare vi allmennleger kan gjøre!!!

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Petter Brelin. Kontakt ham på brelin@c2i.net

Ebixa® memantin

- Verdt å huske!

C
Ebixa «Lundbeck»
Middel mot demens.
ATC-nr.: N06D X01

DRÅPER, oppløsning 10 mg/g: 1 g
inneh.: Memantinhidroklorid 10 mg tilsv.
memantin 8,31 mg, kaliumsorbat (E 202),
sorbitol, renset vann.

TABLETTER, filmdrasjerte 10 mg:
Hver tablett inneh.: Memantinhidroklorid
10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, laktose,
hjelpstoffer. Med delestrek.

Indikasjoner: Behandling av pasienter
med moderat til alvorlig grad av
Alzheimers sykdom.

Dosering: Behandlingen bør initieres og
veiledes av lege med erfaring i diagnosti-
sering og behandling av Alzheimers
demens. Behandlingen skal bare
igangsettes hvis en omsorgsperson er
tilgjengelig og jevnlig kan monitorere
pasientens legemiddelintak.
Diagnostisering bør gjøres i tråd med
gjeldende retningslinjer.

Voksne/eldre: Maks. daglig dose er 20
mg. Risikoen for bivirkninger reduseres
ved å gradvis øke dosen med 5 mg pr. uke
i de første 3 ukene opp til vedlikeholds-
dose på følgende måte: Behandlingen bør
begynne med 5 mg daglig (en 1/2
tablett/10 dråper om morgenen) i den
første uken, 10 mg daglig i den andre
uken (en 1/2 tablett/10 dråper 2 ganger
om dagen) og 15 mg daglig i den tredje
uken (1 tablett/20 dråper om morgenen
og en 1/2 tablett/10 dråper på ettermidd-
dagen eller kvelden) anbefales. Fra den
fjerde uken fortsettes behandlingen med
en anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg
daglig (1 tablett/20 dråper 2 ganger om
dagen). Kan tas uavhengig av måltider.
Ved moderat nedsatt nyrefunksjon
(kreatininclearance <40–60 ml/minutt/
1,73 m²) anbefales maks. 10 mg.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for
memantin eller et eller flere av hjelpe-
stoffene.

Forsiktighetsregler: Forsiktighet utvises
hos pasienter med epilepsi, som har hatt
tidligere episoder med krampeanfall eller
pasienter som er predisponert for epilepsi.
Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat
(NMDA)-antagonister som amantadin,
ketamin eller deksamfetorfan bør unngås
pga. økt risiko for bivirkninger.

Overvåkning av pasienter ved tilstander
med økt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske
endringer i kostholdet, f.eks. fra kosthold
med kjøtt til vegetarkost, eller stort inntak
av syrenøytraliserende midler, renal
tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urin-
veisinfeksjoner med Proteus bacteria) kan
være nødvendig. Pga. begrenset erfaring
bør pasienter som nylig har hatt hjerte-
infarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt
(NYHA klasse III–IV) eller ukontrollert
høyt blodtrykk overvåkes nøye. Moderat
til alvorlig Alzheimers sykdom pleier
vanligvis å nedsette evnen til å kjøre
motorkjøretøy og betjene maskiner. I til-
legg kan memantin endre reaksjonsevnen,
slik at pasienter bør informeres om å
være spesielt oppmerksomme når de kjør-
er motorkjøretøy eller betjener maskiner.
Interaksjoner: Effektene av barbiturater
og neuroleptika kan bli redusert. Samtidig
administrering av memantin med
spasmolytiske stoffer som dantrolen eller
baklofen, kan modifisere deres effekter og

dosejustering kan være nødvendig.
Samtidig bruk av memantin og aman-
tadin, ketamin og deksamfetorfan bør
unngås pga. risiko for farmakotoksisk
psykose. Andre legemidler som cimetidin,
ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin
innebærer en mulig risiko for økte
plasmanivåer. Redusert ekskresjon av
hidroklorotiazid eller kombinasjons-
preparater med hidroklorotiazid er mulig.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta:
Risiko ved bruk under graviditet er ikke
klarlagt. Bør derfor ikke brukes under gra-
viditet uten at det er helt nødvendig og
etter nøye vurdering av nytte/risiko.

Overgang i morsmelk: Risiko ved bruk
under amming er ikke klarlagt. Det er ikke
kjent om memantin skilles ut i morsmelk
hos mennesker, men med tanke på hvor
lipofilt stoffet er, antas dette å fore-
komme. Kvinner som tar memantin, bør
ikke amme.

Bivirkninger: Bivirkningene er vanligvis
milde til moderat alvorlige. **Hyppige**
(>1/100): Gastrointestinale: Forstoppelse.

Sentralnervesystemet: Svimmelhet, hode-
pine og sømnlens. **Mindre hyppige:**
Gastrointestinale: Oppkast. Sentral-
nervesystemet: Hallusinasjoner (stort sett
rapportert hos pasienter med alvorlig
Alzheimers sykdom), forvirring, unormal
gange. Øvrige: Tretthet. Anfall er
rapportert svært sjeldent.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer:
I ett tilfelle av overdose (selvmordsforsøk)
overlevde pasienten inntaket av opptil
400 mg memantin (oralt) med virkning
på sentralnervesystemet (rastløshet,
psykose, synshallusinasjoner, kramper,
sømnlens, stupor og bevissthetløshet)
som gikk tilbake uten varige mén.

Behandling: Bør være symptomatisk.
Egenskaper: Klassifisering: Memantin er
en spenningsavhengig, ikke-kompetitiv
NMDA-reseptorantagonist med moderat
affinitet. **Virkningsmekanisme:** Ved neuro-
degenerativ demens er det i økende grad
bevis for at svikt i glutamaterge neuro-
transmittere, særlig ved aktivering av
NMDA-reseptorer, medvirker til både
symptom- og sykdomsforverrelse.
Memantin modulerer virkningen av pato-
logisk økte spenningsnivåer av glutamat
som kan føre til neuronal dysfunksjon.

Absorpsjon: Absolutt biotilgjengelighet ca.
100%. T_{max} oppnås etter 3–8 timer.

«Steady state»-plasmakonsentrasjoner fra
70–150 ng/ml (0,5–1 µmol) med store
interindividuelle variasjoner.
Proteinbinding: Ca. 45%. **Fordeling:**
Distribusjonsvolum ca. 10 liter/kg.
Halveringstid: Memantin elimineres
monoeksponensielt med terminal t_{1/2} på
60–100 timer. Total clearance (CL_{tot}) 170
ml/minutt/1,73 m². Renal eliminasjons
rate av memantin ved alkalisk urin kan bli
redusert med en faktor på 7–9.

Metabolisme: Ca. 80% gjenfinnes som
modersubstansen. Hovedmetabolittene er
inaktive. **Utskillelse:** Gjennomsnittlig 84%
utskilles innen 20 dager, og mer enn 99%
utskilles renalt.

Oppbevaring og holdbarhet: Dråper:
Åpnet flaske bør brukes innen 3 måneder.
Pakninger og priser: Dråper: 50 g
782,00. **Tabletter:** 30 stk. 527,30, 50 stk.
790,40, 100 stk. 1546,40.

Sist endret januar 2006.
Basert på godkjent SPC november 2005.

Referanser:

1. Reisberg B, Doody R, Stöffler A, et al. Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease. *New Engl J Med* 2003; 348: 1333–1341.
2. Godkjent SPC.
3. Wimo A, Winblad B, Stöffler A, et al. Resource utilisation and cost analysis of memantine in patients with moderate to severe Alzheimer's disease. *Pharmaco-economics* 2003; 21 (5): 1–14.

H. Lundbeck A/S
Strandveien 15
Postboks 361
N-1312 Lysaker
Tel +47 91 300 800
Fax +47 6753 7707
www.lundbeck.no



www.ebixa.com

Ebixa® – medisinen som dine Alzheimer-
pasienter stoler på at du skal huske.