

Hvordan fungerer legekontoret for dine pasienter?

– Erfaringer med en brukerundersøkelse i allmennpraksis

AV INGER LYGSTAD

Ni fastleger ved Ringerike Medisinske Senter

gjennomførte høsten 2007 en brukerundersøkelse med NorPEP- spørreskjema. 557 pasienter (62 prosent) besvarte spørreskjemaet.

Resultatene ble presentert på et tverrfaglig

seminar ved legesenteret i januar 2008. Legene opplevde at brukerundersøkelsen var faglig

inspirerende og nyttig i arbeidet med å forbedre tilbudet til pasientene. Prosjektet ble finansiert

med midler fra Legeforeningens Kvalitetssikringsfond I og allmennpraktikerstipend fra

Allmennmedisinsk Forskningsutvalg.



Inger Lyngstad

F. 1957. Cand.med. 1985 ved Universitetet i Oslo. Spesialist i allmennmedisin 1999. Fastlege i Ringerike. Praktiskonsulent ved Ringerike sykehus. Allmennpraktikerstipend 2007/2008 med professor Per Hjortdahl som veileder.

Selv om jeg har vært allmennlege i over 20 år, søker jeg fortsatt etter verktøy for å forbedre min medisinske praksis. God kvalitet og kunnskapsbasert praksis forutsetter at brukeres og pasienters erfaringer og synspunkter får påvirke tjenestene, ifølge en veileder fra Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn (2, 3). Målet er at brukerne skal medvirke og ha innflytelse både i planlegging og i den enkelte konsultasjon. Kunnskapsbasert praksis står på tre bein: forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, bruker-kunnskap og brukermedvirkning.

Kurset *Fra allmennpraksis til praksisbasert forskning* ved Primærmedisinsk uke 2006 ga ideen til å gjennomføre en brukerundersøkelse i allmennpraksis. Hensikten var å få frem synspunkter på legenes oppgaver og på risiko knyttet til helsetjenesten, slik dette er beskrevet i rapporten *Allmennlegetjenesten – en risikoanalyse* som er utgitt av Helsetilsynet (4). Rapporten peker på allmennlegenes hovedoppgaver som tredelt: faglig virksomhet (teknisk kvalitet, faglige prosedyrer), holdninger/kommunikasjon og organisering av virksomheten. De mest sårbare områdene i allmennlegetjenesten er mangelfull refleksjon rundt

egen praksis, svikt i utredning og behandling, svikt i håndtering av øyeblikkelig hjelp, sviktende oppfølging av «utsatte pasientgrupper» og mangelfull tilgjengelighet.

EuroPEP – et standardisert spørreskjema

Jeg søkte informasjon fra Allmennmedisinsk kvalitetsutvalg (KUP) og Norsk forening for allmennmedisin (referansegruppe for praktisk kvalitetsarbeid) mens jeg lette etter bedre verktøy enn bare en «tips og klage-postkasse» på venterommet. I KUPs verktøykasse fant jeg EuroPEP.

Den europeiske forskergruppen EQuIP, som er tilknyttet Wonca, har utviklet spørreskjemaet for brukerundersøkelser. Skjemaet er standardisert, validert i 16 land, og ble introdusert i 2000 (5). Gjennom 23 spørsmål evaluerer pasienter de tjenestene som leger og medarbeidere gir i allmennpraksis. Sentrale punkter i EuroPEP er

- lege-pasient-forholdet
- legens faglighet
- informasjon/support
- kontinuitet/samhandling
- organisasjon/tilgjengelighet.

Spørreskjemaet inneholder spørsmål om pasientenes kjønn, alder og helsestatus – herunder kontakthypighet til allmennpraksis og en selvevaluering av helse – samt mulighet for fritekst-kommentarer. Fordelen med å bruke et standardisert og validert spørreskjema er at en kan sammenlikne leger og legesentre, og at en bruker mindre tid til å gruble over spørsmålsformuleringer og hvilke resultater av en brukerundersøkelse som er bra nok. I Danmark har Forskningsenheten for Almen Praksis i Århus benyttet en nasjonal versjon av skjemaet, DanPEP, til å samle inn data fra over 56 000 pasienter og 700 leger (6). I Norge foreligger skjemaet under navnet NorPEP.



Legene ved Ringerike Medisinske Senter i Hønefoss har høstet gode erfaringer med å be sine pasienter evaluere fastlegepraksisen.

Vi vil bli bedre

Hva mener du om fastlegen og legesenteret ditt?

BRUKERUNDERSØKELSE

ved Ringerike Medisinske Senter – Legesenteret (RMS)

- ♥ Vi vil høre dine synspunkter slik at vi kan bedre kvaliteten på helsetjenesten.
- ♥ Spørreskjemaet deles ut hos legene.
- ♥ Vi ber om at du fyller ut skjemaet og sender det tilbake til RMS i svarkonvolutt. Porto er betalt.
- ♥ Vær vennlig å svare så raskt som mulig.

Det er legene og medarbeiderne ved RMS som utfører undersøkelsen og gjennomgår svarene. Vi vil ikke kunne finne ut hva akkurat du svarer, du skal ikke fylle inn navn eller nummer som kan spores tilbake til deg.

Undersøkelsen foregår i samarbeid med Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo og støttes av Den norske legeforening.

PÅ FORHÅND TAKK!

Hilsen Ringerike Medisinske Senter

 **RMS**
RINGERIKE MEDISINSKE SENTER



Praktisk gjennomføring

Brakerundersøkelsen ved Ringerike Medisinske Senter (RMS) ble gjennomført med NorPEP-skjemaet. Kollegene samtykket skriftlig til gjennomføring av undersøkelsen. De ville alle delta med å utdele spørreskjema til pasienter og få personlig evaluering, det innebar også å bruke tid og ressurser til prosjektet og forbedringstiltak. Listestørrelsen for legene ved RMS er mellom 700 og 1500. Fartstid som allmennlege er tre til 40 år, og legenes alder 37 til 71 år.

Informasjonsmateriell og spørreskjema ble trykt og plakater ble hengt opp på legesenteret i prosjektperioden. En tilbakesendingsavtale som var gratis for brukerne ble etablert. Legene delte ut skjema fortløpende til pasienter som oppfylte inklusjonskriteriene. Kriteriene var at man var over 18 år og hadde vært til konsultasjon, eller under 18 år hvis foreldrene hadde vært til stede ved konsultasjonen; at man vanligvis brukte legesenteret; forstod og leste norsk; ble vurdert til å ha

Jeg trenger å vite at når jeg blir syk, får jeg hjelp av en god gammeldags doktor som oppfører seg som et medmenneske (1).

mentale evner til å fylle ut spørreskjemaet; og at man ikke var så syk at det ville være etisk uforvarlig å delta i undersøkelsen.

En viss risiko for skjev utvelgelse av mulige respondenter er til stede ved denne metoden, men et høyt antall utdelte skjemaer bidro antakelig til å motvirke dette. Pasientene deltok anonymt og det var ingen registrering av hvem som hadde fått skjemaer og av hvem som svarte. Pasientene skulle imidlertid krysse av for hvilken lege de vurderte. Det var ingen purring på svarene. Siden metoden ikke registrerte data som kunne identifisere pasienter, var det ikke påkrevd med melding til Datatilsynet.

Målet var at hver lege skulle inkludere 100 pasienter, til sammen 900 pasienter. De ni legene inkluderte selv mellom 88 og 100 pasienter på egen liste, mens 47 pasienter (5 prosent) fikk skjemaet utdelt av en annen lege. Resultatene (kfr. tabell 1) ble presentert for alle legesenterets ansatte ved et eget seminar. Her ble også virksomhetsdata (bl.a. konsultasjons- og telefonstatistikk) for årene 2000–07 lagt fram, og en ekstern fagperson fra Legeforeningen holdt innlegg om behandlingsprosesser og kvalitetsforbedring gjennom prosessmetodikk. Videre hadde vi gruppearbeid og diskusjoner. Etter seminaret mottok legene individuelt sine egne resultater, som ga grunnlag for å reflektere over egen praksis. Legene på senteret har også hatt et smågruppemøte om erfaringene med brukerundersøkelsen.

Hvordan svarte pasientene?

Av de 900 pasientene som fikk skjemaet, var det 557 som responderte. Av disse var 60 prosent kvinner og 40 prosent menn. 48 prosent av respondentene var i aldersgruppen 40–65 år mens eldre over 65 år utgjorde 35 prosent. Gjennomsnittlig hadde respondentene vært seks ganger hos legen siste 12 måneder. 20 prosent av respondentene hadde vært mer enn ni ganger hos legen de siste 12 måneder. Flertallet av respondentene (67 prosent) oppga at helsetilstanden var god eller nokså god. 39 prosent hadde en alvorlig sykdom med varighet over tre måneder. 13 prosent svarte med en fritekst-kommentar i tillegg til svar på spørsmålene.

Brukerne var mest kritiske til tilgjengeligheten ved legesenteret, nærmere bestemt telefontilgjengelighet og ventetid på venterommet. Dette er et spesielt sårbart punkt, særlig etter fastlegereformen, da enhver pasient er henvist

til å søke legetjenester hos sin egen fastlege og ikke kan ringe rundt og få legetjenester der de er lettest tilgjengelig. Folk flest mener at det er relativt lav telefontilgjengelighet og tilgjengelighet til time hos lege i kommunehelsetjenesten og at dette ikke er blitt bedre etter at fastlegeordningen ble innført (7). Evalueringen av fastlegeordningen viser at tilgjengeligheten faktisk har økt, men at folks forventninger har økt mer. President Torunn Janbu i Legeforeningen kommenterer telefontilgjengelighet slik:

«Kravene til tilgjengelighet øker i samfunnet, og det gjelder også overfor fastleger. Selv om telefontilgjengelighet sikkert har et forbedringspotensial, må forventningene være realistiske i forhold til fastlegens prioriteringer. I en totalvurdering vil dette komme pasientene til gode. Det blir spennende å se hvordan ny IKT-satsing og Helsennett kan bedre kommunikasjonen mellom pasientene og legekantoret» (8).

At våre brukere var spesielt fornøyd med legenes håndtering av taushetsplikten, og at de skåret vår øyeblikkelige hjelp-service til å være på samme nivå som ved andre legesentre (9–11), var positivt. På legesenteret har vi rettet oppmerksomheten mot telefontilgjengelighet og ventetid på venterommet. Vi har også drøftet ulike endringer som vi holder på å gjennomføre.

Erfaringer vi gjorde

Legene ved RMS fikk en rekke aha-opplevelser: Brukerundersøkelsen ble oppfattet som en objektiv gjennomgang og legene syntes det var greit å få tilbakemeldinger. Undersøkelsen ga legene en annen type innsikt enn det man vanligvis får gjennom for eksempel praksisbesøk. Legene fikk inntrykk av at når de selv delte ut skjemaet, bidro det til en god svarprosent og til at pasientene opplevde å bli tatt på alvor. Legene fikk ofte anerkjennende bemerkninger som gjorde det til en uventet hyggelig oppgave å dele ut skjemaene.

(forts. neste side)

En gang måtte jeg vente en time etter avtalt tid. Legen unnskyldte seg veldig med at det hadde oppstått flere akutte tilfeller. Det synes jeg er flott! Min forrige fastlege tok seg sjelden tid til å se på meg istedenfor på PC-skjermen – eller unnskyldte seg når han ble forsinket. Min nye lege får meg til å føle at jeg også er et menneske som er verd noe.

(Tilbakemelding fra en pasient)

NorPEP undersøkelsen ved Ringerike medisinske senter 2008

Hva er mitt syn på min fastlege og på legesenteret de siste 12 måneder, når det gjelder ...		Prosent andel svar i 5 kategorier; fra svært misfornøyd = 1 til svært fornøyd = 5 og passer ikke:						Gj.snitt verdi av skår
		Svært misfornøyd				Svært fornøyd	Passer ikke	
1	å gi meg følelsen av at jeg hadde nok tid da jeg var hos legen?	0,5	2,7	13,3	26,6	56,6	0,4	4,4
2	å vise interesse for min personlige situasjon?	0,5	1,6	9,2	24,8	63,2	0,7	4,5
3	å gjøre det lett for meg å fortelle ham eller henne om mine problemer?	0,4	1,6	8,1	23,0	66,4	0,5	4,5
4	å ta meg med på avgjørelser om hva som skulle gjøres av medisinske tiltak?	0,2	2,0	11,5	26,0	54,9	5,4	4,4
5	å høre på meg?	0,2	1,1	8,6	21,7	68,2	0,2	4,6
6	å holde informasjonen om meg og min journal fortrolig?	0,2	0,9	3,4	12,2	70,2	13,1	4,7
7	raskt å lindre mine plager?	0,9	1,6	11,0	28,7	49,9	7,9	4,4
8	å hjelpe meg til å føle meg så frisk at jeg kan utføre mine daglige gjøremål?	0,0	2,5	11,0	24,8	51,5	10,2	4,4
9	grundighet?	0,9	2,3	11,5	29,6	52,1	3,6	4,3
10	kroppslige (fysiske) undersøkelser av meg?	1,4	4,3	14,7	27,5	44,5	7,5	4,2
11	å gi tilbud av forebyggende art (som helsesjekk eller vaksinerings)?	1,8	6,6	13,8	25,3	41,3	11,0	4,1
12	å forklare formålet med undersøkelser og behandling?	0,7	2,9	10,1	27,6	54,4	4,3	4,4
13	å fortelle meg hva jeg ønsker å vite om mine plager eller min sykdom?	0,7	3,2	12,6	24,1	56,7	2,7	4,4
14	hjelpe til å håndtere følelsesmessige problemer som har sammenheng med mine	1,3	3,1	10,4	22,8	40,4	21,9	4,2
15	å få meg til å følge legens råd?	0,0	0,5	7,2	28,9	57,6	5,7	4,5
16	å huske hva han/hun har fortalt meg eller gjort ved tidligere anledninger?	0,7	3,1	11,5	29,6	45,2	9,9	4,3
17	å forberede meg på hva jeg kan forvente vil skje hos en spesialist eller på sykehuset?	0,4	2,9	14,0	23,2	34,8	24,6	4,2
18	hjelpsomhet blant personalet (andre personer enn legen)?	0,9	2,0	11,3	27,8	53,1	4,8	4,4
19	å få time på et tidspunkt som passer for meg?	1,8	4,1	12,7	21,7	58,5	0,9	4,3
20	å komme gjennom til legesenteret på telefon?	17,2	24,8	27,6	17,4	9,9	2,9	2,8
21	anledning til å få snakke med legen på telefon?	9,9	14,7	21,0	17,4	14,2	22,6	3,1
22	ventetid på venterommet?	7,2	11,3	32,9	31,2	16,5	0,9	3,4
23	å yte rask hjelp i akutte situasjoner?	1,4	2,0	6,8	19,2	39,3	31,1	4,3
24	Jeg opplever at fastlegen bruker for mye tid ved datamaskinen	3,1	9,0	25,1	21,2	39,3	2,3	3,9
25	Jeg kan varmt anbefale denne fastlegen til mine venner	1,8	1,3	7,0	17,1	70,7	2,2	4,6
26	Jeg ser ingen grunn til å vurdere å bytte til en annen fastlege	3,2	0,7	5,7	9,5	79,7	0,7	4,6

Spørreskjemaet består av 23 spørsmål med svaralternativ i fem kategorier fra «svært misfornøyd» til «svært fornøyd» og «passer ikke», og tre spørsmål med svaralternativ i fem kategorier fra «helt uenig» til «helt enig» og «passer ikke». Tabellen viser prosentfordelingen av svarene i disse kategoriene. Siste kolonne viser hvilken skår respondentene gjennomsnittlig har gitt spørsmålet (skår 1 er dårligst omdømme og skår fem er best omdømme). Teksten på spørreskjemaet er redigert i forhold til tidligere NorPEP-skjema og spørsmål 24 er lagt til.

Den største gevinsten ved en brukerundersøkelse med standardmåling av kvalitetsindikatorer, er at man får i gang en prosess der man blir bevisstgjort om hvordan legesenteret fungerer, og hva man vil eller kan oppnå i framtida. Brukerundersøkelser kan derfor være nyttig i arbeidet med kvalitetsforbedring ved et legesenter. Allmennmedisinsk kvalitetsforbedring er nødvendig for å bedre fagets omdømme og bidra til å styrke rekruttering og utvikle bedre tjenester med hensiktsmessig prioritering av ressursene.

Referanser

1. Gro Hillestad Thune. Hva betyr egentlig «sterkere brukerrolle» for meg som pasient? Tidsskr Nor Lægeforen nr. 23, 2007; 127.
2. Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten (2005–2015), IS-1162, Veileder Sosial og Helsedirektoratet 2005.
3. Hvordan holde orden i eget hus – Internkontroll i sosial- og helsetjenesten, IS 1183, Veileder Sosial og helsedirektoratet 2004.
4. Allmennlegetjenesten – en risikoanalyse. En rapport om risiko og sårbarhet i allmennlegetjenesten. Rapport fra Helsetilsynet 13/2004 (www.helsetilsynet.no)
5. Patients evaluate general/family practice. The EUROPEP instrument. Gro R & Wensing M for the EUROPEP group. Medigroup KUN/UMC. Nijmegen NL, 2000.
6. Hove G, Heje H, Olesen F et al. DanPEP, Danske Patienter Evaluerer Almen Praksis. Forskningsenheden for Almen Praksis, Århus, 2006.
7. Sandvik, H. Evaluering av fastlegereformen 2001–2005. Rapport fra Norges forskningsråd 2006.
8. Janbu, T. Med takk til fastlegene. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126:809.
9. O. J. Kvamme, L. Sandvik, P. Hjortdahl. Pasientopplevd kvalitet i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2503–6.
10. Bjørnar Nyen. Brukerundersøkelse ved fastlegekontor. Norsk forening for allmennmedisin, Referansegruppe for praktisk kvalitetsarbeid 2007 (www.legeforeningen.no/asset/35080/1/35080_1.pdf)
11. Legetjenesten 2005. Hovedrapport Utviklingstjenesten, Trondheim Kommune. (www.trondheim.kommune.no/content.ap?thisId=1117615940&language=0)

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
inger.lyngstad@rms.nhn.no

DRÅPER, oppløsning 10 mg/g: 1 g inneholder: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, kaliumsorbat (E 202), sorbitol, renset vann. TABLETTER, filmdrasjerte 5 mg, 10 mg, 15 mg og 20 mg: Hver tablett inneholder: Memantinhydroklorid 5 mg, 10 mg, 15 mg og 20 mg tilsv. memantin 4,15 mg, 8,31 mg, 12,46 mg og 16,62 mg, hjelpestoffer. Tablett 10 mg inneholder: laktose. TABLETTER, filmdrasjerte 10 mg: Hver tablett inneholder: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, laktose 166 mg, hjelpestoffer. Med delestrek. TABLETTER, filmdrasjerte 20 mg: Hver tablett inneholder: Memantinhydroklorid 20 mg tilsv. memantin 16,62 mg. **INDIKASJONER:** Behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom. **DOSE:** Behandlingen bør initieres og veiledes av lege med erfaring i diagnostisering 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 4 ukene opp til vedlikeholdsdose: Startpakning: 5 mg en gang daglig i 7 dager, 10 mg en gang daglig i 7 dager, 15 mg en gang daglig i 7 dager, 20 mg en gang daglig i 7 dager. Deretter fortsetter behandlingen med en anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg en gang daglig. 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 hjelpestoffene. **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 deksametorfan bør unngås pga. økt risiko for bivirkninger. Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske endringer i kostholdet, f.eks. fra kosthold med kjøtt til vegetarisk, eller stort inntak av syrenaytralisierende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinveisinfeksjoner med Proteus bakterier) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt (NYHA klasse III-IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ved lett nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 50–80 ml/minutt) er det ikke nødvendig med dosejustering. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 30–49 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg. Hvis godt tolerert etter minst 7 dagers behandling kan dosen økes til 20 mg/dag iht. vanlig opptitreringsplan. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 5–29 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg/dag. **Nedsatt leverfunksjon:** Ved mild eller moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh grad A eller Child-Pugh grad B) er det ikke nødvendig med dosejustering. Memantin anbefales ikke til pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon da det ikke finnes data om bruk av memantin hos disse pasientene. Pasienter med arvelig galaktoseintoleranse, Lappaktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon bør ikke bruke tablettene. Pasienter med fruktoseintoleranse bør ikke bruke dråpene. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsette evnen til å kjøre motorkjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin ha lett til moderat påvirkning, slik at pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorkjøretøy eller betjener maskiner. **INTERAKSJONER:** Effekterne av barbiturater og nevroleptika 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 amantadin, ketamin og deksametorfan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokinamid, kinin og nikotin inneholder en mulig risiko for økte plasmanivåer. Redusert ekskresjon av hydrokortizid eller kombinasjonspreparater med hydrokortizid er mulig. Enkelttilfeller av økt INR ved samtidig behandling med warfarin er sett. Nøye monitorering av protrombintid eller INR anbefales. **GRAVIDITET/AMMING:** Overgang i placenta: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Bør derfor ikke brukes under graviditet 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 forekomme. Kvinner som tar memantin, bør ikke amme. **BIVIRKNINGER:** Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. **Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Forstoppelse. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, hodepine og sømnlens. Sirkulatoriske: Hypertensjon. **Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Oppkast. Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner (stort sett rapportert hos pasienter med alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, unormal gange. Sirkulatoriske: Venetrombose/tromboembolisme. Øvrige: Tretthet, soppiinfeksjoner. Krampeanfall er rapportert svært sjeldent. Enkelttilfeller av psykiske reaksjoner og pankreatitt er rapportert. Alzheimers sykdom er forbundet med depresjon, selvmordstanker og selvmord og er også rapportert hos pasienter som er behandlet med memantin. **OVERDOSERING/FORGIFTNING:** Symptomer: Hhv. 200 mg og 105 mg/dag i 3 dager har vært forbundet med enten bare tretthet, svakhet og/eller diaré eller ingen symptomer. Ved overdoser på <140 mg eller ukjent dose har pasientene hatt symptomer fra sentralnervesystemet (forvirring, søvnighet, sømnlens, svimmelhet, agitasjon, aggresjon, hallusinasjoner og unormal gange), og/eller mage-tarm-besvær (oppkast og diaré). Den høyeste rapporterte overdosen, 2000 mg, ga symptomer fra sentralnervesystemet (koma i 10 dager, og senere dobbeltsyn og agitasjon). Pasienten ble behandlet symptomatisk og med plasmaferese, og kom seg uten varige mén. En pasient som hadde fått 400 mg memantin oralt fikk symptomer fra sentralnervesystemet som rastløshet, psykose, synshallusinasjoner, krampetendens, sømnlens, stupor og bevisstløshet. Pasienten ble restituert. **Behandling:** Symptomatisk. **EGENSKAPER:** **Klassifisering:** Memantin er en spenningsavhengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptorantagonist med moderat affinitet. **Virkningsmekanisme:** Ved nevrodegenerativ demens er det i økende grad bevis for at svikt i glutamaterge neurotransmittere, særlig ved aktivering av NMDA-reseptorer, medvirker til både symptom- og sykdomsforverring. Memantin modulerer virkningen av patologisk 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 eliminasjonsrate 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 kr 783,40. Tabletter: Enpac: Startpakn: 7 tabl. 5 mg + 7 tabl. 10 mg + 7 tabl. 15 mg + 7 tabl. 20 mg kr 939,90. 10 mg: 30 stk. kr 519,50. 50 stk. kr 778,90. 100 stk. kr 1523,50. 20 mg: 28 stk. kr 939,90. 98 stk. kr 2954,20.

Sist endret: 28.07.2008

H. Lundbeck A/S
Strandveien 15
Postboks 361
1326 Lysaker
Tel.: 91 300 800
Fax: 67 53 77 07
www.lundbeck.no

