

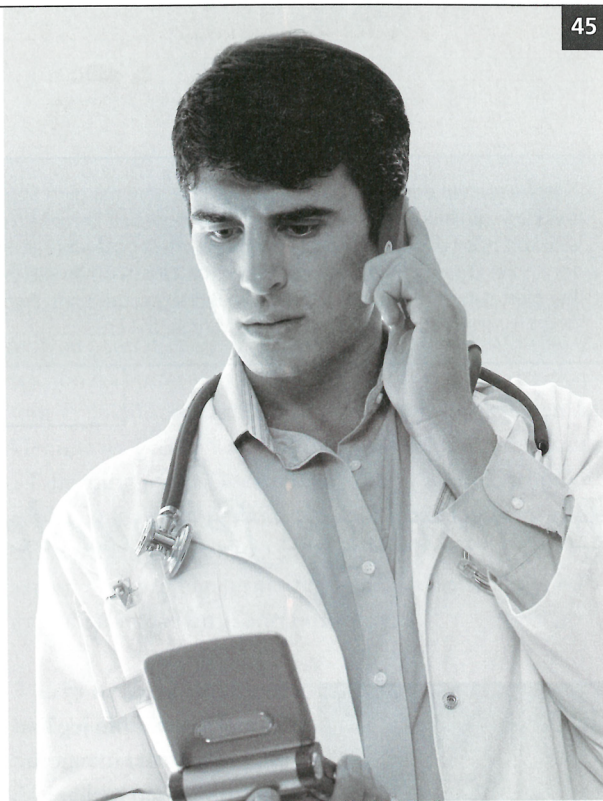
Telefonmøte om pasient – en nyttig metode

Med en av mine psykiatriske pasienter har jeg gjort en lærerik erfaring med problemet polyfarmasi. Min pasient har hatt alvorlige psykiske problemer i mange år. Hun ble uføretrygdet 29 år gammel med diagnosen «dramatiserende personlighetsforstyrrelse». I årenes løp har hun hatt mange opphold ved Nordlandssykehuset avdeling psykiatri og blitt behandlet med mange ulike typer psykofarmaka. I lange perioder har det også vært nødvendig å behandle bivirkninger av disse medikamentene med andre medikamenter. Totalen ble et meget stort forbruk av forskjellige psykofarmaka. Under sykehusopphold ble ofte nye medikamenter lagt til, noen ganger uten at andre ble seponert og uten at problemet polyfarmasi ble kommentert i epikrisene. Det ble da opp til meg som fastlege å videreføre behandlingen og vurdere totaleffekten over tid når pasienten skulle fungere utenfor institusjon sammen med sin familie. Og all medikasjon til tross: pasienten ble ikke bedre! Hun var psykisk labil med store humørsvingninger, svær motorisk uro i perioder, hadde massiv angst og sterke depressive trekk.

På ett tidspunkt, da hun etter hvert hadde fått diagnosen bipolar lidelse og sto på sju ulike typer psykofarmaka pluss diverse annen medikasjon bl.a. for diabetes, astma og smerter, ble det for meg påtrengende å gjøre noe med dette.

Etter en periode med flere akutte innleggelser, endret vi strategi for å unngå dette ved å innføre planlagte korttidsopphold ved en psykiatrisk rehabiliteringsavdeling i nabolommunen. Avdelingen hadde regelmessig tilsyn av psykiater. Jeg kontaktet psykiateren og framla problemet med polyfarmasi, vansker med oversikt over potensielle interaksjoner og aller viktigst: pasientens manglende bedring. Min tanke var å benytte denne anledningen til å gjennomføre en strukturert nedtrapping av psykofarmaka. Dersom pasienten selv, psykiater og fastlege kunne bli enige om en slik plan, burde det være en gylden anledning nå når pasienten med noen ukers intervall vekslet mellom å være hjemmeboende og innlagt ved rehabiliteringsavdelingen.

Forslaget ble positivt mottatt av både pasienten og psykiateren og vi avtalte faste telefonmøter med ca. to måneders intervall.



ILLUSTRASJONSGRØT: LEAH-ANNE THOMPSON

I løpet av $\frac{3}{4}$ år gjennomførte vi (fastlege og psykiater) til sammen seks telefonmøter av varighet anslagsvis 20–25 minutter (inkludert journalføring). Her drøftet vi pasientens tilstand ved siste konsultasjon. Vi hadde begge møtt henne siden siste samtale. Vi la en plan for hvilke medikamenter vi først ville trappe ned og seponere, hvilke virkninger det eventuelt kunne medføre og aktuelle tiltak hvis så skjedde. Ved avslutning av hvert telefonmøte avtalte vi tidspunkt for neste. Dette ble notert som en timeavtale på tilmelisten.

Resultatet etter ni måneder var at all psykofarmaka med unntak av Lithionit var seponert og pasienten framsto som en tilsynelatende normalt fungerende person.

Erfaringen er at en strukturert og planlagt dialog pr. telefon mellom fastlege og spesialist i andrelinjetjenesten var vellykket som metode og bør kunne benyttes i andre situasjoner der fastlege og spesialist i andrelinjetjenesten samhandler om en pasient.

En forutsetning var at både fastlege og psykiater møtte pasienten regelmessig. For meg som fastlege ble psykiaterens vurdering gjennom sine møter med pasienten et viktig bidrag i dialogen mellom oss, ved at disse fortløpende kunne drøftes opp mot mine egne kliniske vurderinger. Dette bidro til læring.

Jeg tror også at et klart mål for telefonmøtene var gunstig; vi skulle trappe ned bruken av psykofarmaka til et minimum. Det ble et prosjekt med en begynnelse og en slutt hvor måloppnåelse kunne evalueres i etterkant.

Karin Breckan