

Brobyggere mellom behandlingsformer

– Vi ønsker å bygge en bro mellom den tradisjonelle fysikalskmedisinske behandling og kognitiv atferdsrettet behandling (CBT), sier Peer H. Staff og Erling Brubakk.

De to fysikalske medisinerne, som nå begge er pensjonert, men fortsatt i aktiv virksomhet i faget, tok i begynnelsen av 2000-tallet initiativ til å igangsette et modulkurs i kognitiv terapi for leger innen fysikalsk medisin og rehabilitering.

– Den direkte foranledningen var at spesialitetens akademiske miljø begynte å publisere arbeider om randomiserte behandlingsstudier hvor kognitiv behandling inngikk som en av behandlingsformene, uten av miljøene hadde skaffet seg formell kompetanse, forteller Staff.

Den medisinske grunnen for å introdusere CBT i behandlingen av plager fra bevegelsesapparatet var at spesialiteten siden midten av 1980-tallet i stadig økende grad fikk henvist pasienter med utbredte kroppslige plager. De konvensjonelle symptomorienterte behandlingsstrategiene virket heller dårlig, og det ble etter hvert åpenbart at man måtte endre behandlingen mot et funksjons-/relasjonsorientert paradigme.

– De lidelsene som i tur og orden meldte seg, var alle preget av mangel på objektive medisinske funn som kunne forklare tilstanden. Pasienter med kroniske ryggsmarter, fibromyalgi, kronisk whiplash-syndrom og etter hvert asteniske sykdomsbilder preget av tretthet, utmattelse (kronisk tretthet og nå ME) dominerte poliklinikkene. Pasientene ble i stadig økende grad utredet, men fikk ingen virksom behandling, forteller de to.

Døråpner

– Fra litteraturen forsto vi at CBT kunne være en behandlingsform som hjalp. Gjennom 1990-tallet begynte stadig flere miljøer å nærme seg denne behandlingsformen og fikk kunnskap om at den virket. Imidlertid manglet den formelle kompetansen.

På et årsmøte i spesialitetsforeningen for ca. seks år siden stilte vi derfor spørsmålet hvorledes man kunne drive kognitiv atferdsrettet behandling (CBT) uten å ha noen formell utdanning å vise til, sier Staff og Brubakk. Forskningsmiljøet ble svar skyldig og det ble enighet om å få i gang et slikt kurs.

Erling Brubakk hadde allerede tatt formell utdanning gjennom kursene som Norsk forening for kognitiv terapi arrangerte for spesialister i psykiatri og kliniske psykologer. Samtidig hadde Peer H. Staff arrangert det obligatoriske kurset i psykosomatikk for utdanningskandidater i spesialiteten siden begynnelsen av 1990-tallet.

– Det var derfor lett for oss å tilby videreutdanning i dette området, sier de to.

De tok kontakt med daværende formann i Norsk forening for kognitiv terapi, Egil Martinsen, som straks sa seg villig til å stille med instruktører med veiledningskompetanse. – Interessant nok viste det seg at vi var den første somatiske spesialiteten som ba om et slikt kurs. Velvilligheten fra Norsk forening for kognitiv terapi var derfor stor, sier de.

En glede å bruke

– Kognitiv atferdsrettet behandling er en behandlingsform som er utviklet i psykiatrien, opprinnelig for depresjon og angst, og det måtte derfor en viss lidelsesspesifikk tilpasning til for at de somatiske orienterte fysikalske medisinerne skulle bli interessert, forteller Staff. – Når vi ikke finner noen ordentlig diagnose til tross for en grundig somatisk utredning, må vi stille spørsmålet hva nå? Alt dreier seg om sammensatte lidelser, men i «vår verden» er det litt farlig å si det er psykisk. Vi prøver

derfor å implementere den kognitive metoden i vår spesialitet slik at den blir håndterbar i hverdagen, sier han.

– Vi har nå fått et verktøy, og et verktøy man blir glad i. Nå kan vi gjøre noe som hjelper pasienten, og det er gøy, understreker Staff. – Men, sier han, kognitiv terapi krever tid og det er viktig at vi får mulighet til å sette av tid. Normalt tar behandlingen ca. én time. – Man tar utgangspunkt i situasjonen og tar ett problem ad gangen. Pasientene gis et verktøy, de får et eierforhold til den kognitive forklaringsmåten og de blir sine egne terapeuter, mens legen fungerer som veileder. Pasientene som forstår dette raskt, går det bra med, og det skal heller ikke være nødvendig med veldig mange behandlinger, forteller de.

Utvider tilbudet til andre spesialiteter

De to fysikalske medisinerne sier at kognitiv terapi egner seg godt for poliklinisk behandling; det blir en del av rehabiliteringen. De presiserer også at denne type praksis bør håndteres i pasientens nærmiljø, og at man må møte pasienten der hun og han er. – Dette er helsearbeid, og det må bygges opp kompetanse, men dessverre mangler det et apparat mange steder, sier de.

Det er til nå gjennomført tre modulkurs i løpet av fire år. Det første kurset omfattet sju samlinger gjennom ett år og ti timer veiledning i mindre grupper. Kursene er blitt endret noe fra gang til gang og er gjort mer lidelsesspesifikke. Hittil har 44 fysikalske medisiner deltatt på kursene. Det siste kurset, som nå går mot sin avslutning, ble imidlertid ikke fylt opp av fysikalske medisiner.

– Vi ga derfor tilbud til spesialister i tilgrensende fagområder og fikk påmelding fra allmennmedisin, nevrologer og anestesileger ved smerteklinikker. Andelen allmennmedisinere var klart størst (1, 2), forteller de to. – Vårt inntrykk er at kurset nettopp traff disse legene hjemme. En av deltakerne anslo at 75 % av hennes pasienter passet for en kognitiv tilnærming. Det åpnet seg derfor et behov for samarbeid, sier Staff, som selv er glad for at han hadde det tekniske legehåndverket før han begynte å bruke kognitiv terapi.

Lise B. Johannessen

lise.berit.johannessen@legeforeningen.no
Avdeling for informasjon og helsepolitikk

Litteratur

1. Johannessen LB. Kognitiv terapi i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2571
2. Johannessen LB. Vil tilby allmennleger kurs i kognitiv terapi. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 494



Erling Brubakk og Peer H. Staff er glade for at de har fått et verktøy som fungerer. Foto Lise B. Johannessen