

Utpostens
dobbeltime

Klinikken er hån det andre e

Mette Brekke

INTERVJUET AV ANN-KRISTIN STOKKE



FOTO: ANN KRISTIN STOKKE

Varm og morsom, strukturert, dyktig og med stor arbeidskapasitet, er noen av superlativene som blir trukket fram når venner og kjente skal beskrive Mette Brekke. Det skal ikke mer enn et raskt blikk på CVen til for å skjønne at i alle fall det siste stemmer. Gjennom sine 30 år som allmennlege har hun stadig hatt faglige stillinger og verv utenom, som støttelege, tillitsvalgt på fylkesnivå og i Aplfs fagutvalg, medlem i Tidsskriftets redaksjonskomite og redaktør i Utposten. Etter hvert også en akademisk karriere. Siden 2009 har hun vært professor ved Institutt for helse og samfunn på Universitetet i Oslo samtidig som hun har valgt å fortsette som fastlege for sine drøyt 1100 pasienter ved Kurbadet Lege-senter i Oslo sentrum.

Intervjuobjektets personlige varme merkes umiddelbart når vi møtes i bibliotekbaren på Hotell Bristol, for så snart vi har satt oss, kommer hovmesteren bort, henvender seg til Mette Brekke og sier på en fin måte at han bare måtte hilse på henne, da hun er fastlegen

Handverket, er pynten på kaka



Dr Brekke på fastlegekontoret. FOTO: HAAKON HARRISS, HELSEBIBLIOTEKET

hans. Litt overrasket unnskylder hun seg for at hun ikke straks kjente ham igjen: – Du skjønner, jeg skal intervjues og derfor er jeg litt nervøs, runder hun av på en fin måte. Med sitt elegante og behagelige vesen passer 58-åringen godt inn i omgivelsene.

UTPOSTEN: Hva førte deg inn i allmenmedisin og hvorfor ble du værende?

– Planen min var å bli kirurg etter fullført turnustjeneste på Rjukan og i Hammerfest. Jeg hadde en tanke om at kirurgien, med sitt konkrete og håndverksmessige særpreg, ville

passe for meg. Men da mannen min, som også er lege, skulle avtjene siviltjeneste i Karasjok, ble jeg med som distriktslege på samme sted. Der ble vi værende i fire år, og hadde stort sett vakt en uke i strekk hver, mannen min en uke, jeg en uke og turnuslegen en uke – stakkars

befolkning, tre helt ferske leger! Jeg husker at det tok meg et og et halvt år før jeg klarte å ta beslutninger, jeg reflekterte over det da, at det tok så lang tid før jeg opplevde at jeg forsto hvordan jeg skulle jobbe. Omtrent samtidig var jeg på Nordisk kongress for allmennleger, og opplevde at jeg ikke hang med i samtalen – det ble brukt andre ord og en annen tanke-måte om faget allmennmedisin enn jeg var vant til. Dette var jo helt i starten på den prosessen som førte til at allmennmedisin ble et eget fag og en egen spesialitet. Det er mange av de samme menneskene jeg møtte der for første gang, som også senere har vært med på å prege utviklingen av allmennmedisinen, og som fortsatt er markante fagpersoner.

UTPOSTEN: Du har valgt å fortsette som fastlege også etter at du ble professor. Mange av kollegaene dine er fulltidsakademikere, hvorfor har du valgt annerledes?

– Hvorfor jeg har blitt værende i allmennmedisinen? Godt spørsmål.

Hun tenker seg om før hun fortsetter:

– Jeg har flere ganger blitt utsatt for et visst press for å fortsette i en jobb utenfor allmenn-

Ordstyrer på NFAs årsmøte i 2011. FOTO: PRIVAT.



medisinen, blant annet i Tidsskriftet og sist nå da jeg ble professor. Jeg har vel valgt å bli værende fordi jeg er så glad i mennesker, historiene, spesielt de menneskene som er litt annerledes og sære. For meg er det også slik at den kliniske hverdagen er håndverket, virkeligheten og det «andre» – vekslende hva – er pynten på kaka. Men når det er sagt, så tror jeg at det for instituttet og forskningen sin del ville vært en fordel om jeg bare jobbet som professor og forsker, og oftere var til stede der. Nå har jeg to dager i uken på instituttet i tillegg til mye fleksibel jobbing kvelder og helger, mens jeg jobber tre dager som fastlege. Da jeg fikk den professorstillingen jeg har nå, var det den første gangen jeg virkelig vurderte grundig om jeg skulle slutte som fastlege, men inntil videre blir det som nå.

UTPOSTEN: Du begynte som lege på landsbygda, som distriktslege, men valgte å flytte til Oslo og bli storbylege. Hvordan var det?

– Selv om det var et bevisst ønske, vi flyttet fordi vi ville bo i byen i den fasen av livet der barna var blitt store, var jeg likevel spent. Jeg hadde ikke noe ønske om bare å skrive resepter på Valium og henvisninger til spesialist, slik vi hørte man måtte i

storbyen. Den største overgangen var at jeg som lege med driftstilskudd stadig

fikk nye pasienter. Frem til fastlegeordningen startet i 2002 var det jo slik at en pasient kunne bestille time hos den legen man ønsket. Det var hyppige legebytter, og slitsomt stadig å få nye pasienter som kun ble værende en kort periode. På Vinstra var det jo ikke mulig å vekse annet enn mellom legene på legesenteret, og hvilken praksis man hadde med for eksempel forskrivning av B-preparater var lett å samordne innad på et kontor. Likevel opplevde jeg at forskjellene var mindre enn forventet. Både før, men spesielt etter fastlege-reformen, er det meste likt. Pasienten kommer med det som er viktig i livet, og jeg har fortsatt tre generasjoner i samme familie som jeg er lege for.

En av fordelene Brekke opplevde med å flytte til Oslo, var nærheten til instituttet og miljøet der. På Vinstra hadde hun hatt Jo Telje som kollega og veileder, og hadde via han fått en del kontakt med forsker – og undervisningsmiljøet i Oslo. Utviklingen av allmennmedisin som fag har vært – og er – Mette Brekkes hjertebarn. Hun begynte som praksislerer allerede i 1985.

Tenkt på utviklingen vi har hatt, med spesialiteten, veiledningsgrupper og etterutdanningsløp. I grunnstudiet er allmennmedisinen et viktig korrektiv til sykehusmedisinen. For tiden er jeg allmennmedisinens representant i gruppen som utarbeider avsluttende tverrfaglig stasjonseksamenen ved medisinstudiet her i Oslo. Når kirurgen med utgangspunkt i en kasuistikk der pasienten har DVT mener at pasienten har bukspyttkjertelkreft inntil det motsatte er bevist, tenker jeg at det er viktig å nyansere – fordi dette neppe er sannheten sett fra et allmennmedisinsk perspektiv. Dette er veldig spennende arbeid!

UTPOSTEN: Du er også engasjert innen utdanning i allmennmedisin utenfor Norges grenser?

– Ja, jeg er Norges representant i EU-RACT, European Academy of Teachers in General Practice. Dette er et forum som jobber med oppbygging av allmennmedisin som fag i grunn- og videreutdanningen i andre land i Europa. Mange land har kommet mye kortere enn oss, og er helt i startfasen av å utvikle allmennmedisin som fag. I land som Moldova og Latvia har de først de siste årene innført undervisning i allmennmedisin i grunnutdanningen. Å møte kollegaer som er i oppstartsfasen, der vi var for 30–40 år siden, er interessant, og ved å samarbeide med land som er kommet lenger – som Norge – kan de få viktig drahjelp for å utvikle faget.

UTPOSTEN: Du begynte den akademiske karrieren med en doktorgrad om sosiale ulikheter

og hvordan dette angår allmennlegen. Hvordan har forskningsinteressen utviklet seg etter det?

– Etter at jeg begynte som lege i sentrum av Oslo i 1997, med kontor ikke langt fra flere av byens hospitser, merket jeg at jeg kjente meg hjemme når jeg kom på sykebesøk på et hospits. Det spørs vel om det ikke er oppveksten min som Frelsesarmebarn på stadig flyttefot, og gjenkjennelsen hos de på utsiden som gjorde at jeg valgte akkurat dette som tema. Det var veldig interessant, men da jeg var ferdig med doktorgraden, var det ikke så spennende lenger. Da hadde jeg jo funnet ut og vist at sosiale ulikheter påvirker helsa og angår allmennlegen, og var på en måte ferdig med temaet. Nå jobber jeg, sammen med andre, med mange forskjellige forskningsområder. For mange, vil kanskje noen si, men jeg tenker at det har vært viktig nå når engasjementet og den allmenntilleggs forskningen har vokst så raskt de siste fem årene. Bredde i temaer er viktig for å holde dette engasjementet høyt også i fremtiden. Dessuten er det jo så mye vi ikke vet i primærhelsetjenesten.

Hun forteller med stort engasjement om prosjektene hun er engasjert i som professor. Temaene spenner fra akupunkturbehandling av kolikk og akutt rygg, til vitamin D-mangel, rehabilitering av og medikamentbruk hos eldre og rusmiddelforgiftninger og LAR.

Det er morsomt at det er blitt så stor interesse for å forske. Rekrutteringen av nye stipendiater er fra to grupper, en gruppe med godt voksne allmennleger som endelige skal finne ut mer om et område de er engasjert i, og har vært lenge. Den andre gruppen er unge, nesten nyutdannede, som med glød og engasjement går inn i de fleste prosjekter der det er mulighet. For tiden er det faktisk veilederkapasiteten som er flaskehalsen ved instituttet.

UTPOSTEN: Det nye forslaget til fastlegeforskrift, som i skrivende stund er ute på høring, har vakt mye engasjement og debatt. Hvordan merker du dette?

– Det som slår meg i forslaget, er det totale fraværet av ideologiske tanker og føringer for hvordan offentlig primærhelsetjeneste skal utvikle seg. Det er tankevekkende hvordan jeg som fastlege allerede opplever at stadig flere ressurssterke pasienter kommer med en helseforsikring som dekker privat og rask behandling dersom de blir syke. Legene i disse tilbudene kommer jo fra samme pott som legene i det offentlige, slik at et økende privat tilbud er nødt til å gå utover det offentlige helsevesenet. Det er vist at både økonomisk og med tanke på å utjevne sosiale forskjeller er en god primærhelsetjeneste helt nødvendig. Jeg tenker at den offentlige primærhelsetjenesten skal være det beste tilbudet når man får et helseproblem, også for de rike. Ideologien om å sikre en høykvalitets offentlig primærhelsetjeneste er helt fraværende i det nye forslaget til forskrift, sammen med tanker om videreutdanning og kvalitetssikring. Det er veldig skremmende når vi vet hvor viktig en god offentlig primærhelsetjeneste er for å utjevne helseforskjeller. Blant studentene merker vi en skepsis til allmenntilleggs som fremtidig jobb, som nok skyldes mye negativ oppmerksomhet i det siste. Til tross for disse tingene er jeg ikke veldig bekymret for fagetets fremtid. Det har også tidligere vært reformer og endringer av rammene, mens kjernen i allmenntilleggs alltid har vært det enkelte pasientmøte. Slik tror jeg det kommer til å fortsette å være, men det er viktig at rammene ikke blir for krevende.

Brekke med blikkontakt med pasienten. FOTO: HAAKON HARRISS, HELSEBIBLIOTEKET

UTPOSTEN: Hvis du skal gi noen råd for et godt og langt allmenntilleggliv, hva vil det være?

– En grunnleggende forutsetning er evnen til å akseptere å leve med usikkerhet. Dette tror jeg er en personlighetsfaktor, som vi i varierende grad har. Sønnen min, som nå er voksen, spurte en dag vi snakket om dette: «Men mamma, er ikke du perfektjonist?».

Nei, jeg er ikke det! Som allmennlege er det umulig å alltid ha kontroll. Hvis man ønsker det, bør man finne en annen spesialitet. Ellers tror jeg det er viktig å ha noe frivillig å engasjere seg i innen faget, noe som gir påfyll. For meg har det jeg har drevet med på si hindret at jeg har blitt utbrent.

Hun fortsetter etter en kort tenkepause:

– Dessuten må man like folk, og ha evnen til å tilpasse mengden arbeid til egen arbeidskapasitet. Ikke minst er det viktig ikke å forvente av man skal løse alle verdens problemer og kriser. Der tror jeg nok jeg lærte noe da jeg tok videreutdanning i familierapi, som jeg har tatt med videre i praksis. Jeg jobbet 10 år på familiekontor, som regel sammen med en annen terapeut. Med en ramme på halvannen time og ofte en hel familie til stede ble det mye kaos og høylytte diskusjoner. Likevel var det legitimt å si at nå var tiden ute, og avslutte.

– Å bidra til at folk finner sine egne løsninger har jeg nok tatt med meg inn i fastlegehverdagen uten at jeg er så bevisst på dette – men jeg tror både grensesettingen og det å la pasienten komme frem til sin egen løsning, er viktig. Og sist, men ikke minst; gode kollegaer og deltakelse i videre- og etterutdanning er goder jeg unner alle!

