

Med penn som skalpell

INTERVJU

MARIT TVEITO

marit.tveito@me.com

Ingrid Melle ville bli kirurg eller psykiater, og synes de to spesialitetene har noe viktig til felles. Du må kunne det du skal i møtet med pasienten og bruke deg selv som verktøy underveis.



ENGASJERT: Ingrid Melle er professor i psykiatri og en av de mest publiserte forskerne i Norge. Foto: John Trygve Tollefsen

For mange som jobber med psykisk helse, er navnet Ingrid Melle nært knyttet til forskning på psykose. Selv om hun er en av de mest publiserte forskerne i Norge, er hun kanskje mer kjent internasjonalt enn nasjonalt. Kolleger omtaler henne som en enorm kapasitet med sterke analytiske evner og en egen evne til å finne løsninger der andre står fast.

De som kjenner henne gir inntrykk av en forsker som hegner mye om privatlivet, og som i liten grad ønsker å snakke om seg selv. Hun bekrefter inntrykket når vi setter oss ned ved et møtebord, og hun forteller hvor mange intervjuer hun har takket nei til.

– Hvorfor sa du ja nå?

– Jeg syntes vel jeg ikke kunne si nei for alltid.

Ingrid Melle, professor i psykiatri, vokste opp i en rekke norske byer. Faren var lærer, moren frisør, og familien flyttet rundt etter hvert som interessante jobbmuligheter bød seg. Ingrid og mannen er begge psykiatere, og deres tre barn har fått vokse opp uten stadig flytting.

– Hvorfor ble du lege?

– Det var ikke del av en langtidsplan. Først hadde jeg tenkt å studere språk. Lesing har alltid vært en viktig interesse. Da jeg ombestemte meg, bodde jeg på et nokså lite sted på Vestlandet. Det var ikke så mange yrker jeg kjente til, sier hun med et skjevt smil.

– Hvor var et lite sted på Vestlandet?

Svaret forsterker inntrykket av en litt skiftende oppvekst.

– Da bodde jeg vel i Molde? Jeg har bodd veldig mange forskjellige steder, understreker hun.

Hun var studentbarn i Bergen, og hadde tenkt seg tilbake dit, men han hun møtte var ikke spesielt glad i det bergenske klimaet.

– Trondheim var en fin by å studere i, men nå har jeg bodd godt over halvparten av livet mitt i Oslo. Barna har valgt andre retninger. Én har blitt økonom, én ingeniør og én pedagog. Storfamilien består nå også av fem barnebarn.

«Jeg blir en blanding av frustrert og bekymret når jeg hører kolleger i faget si at det eneste psykiatere skal gjøre er å gi medisiner, eller å lede andre yrkesgrupper»

Psykiatri og kirurgi

– Hvorfor valgte du å bli psykiater?

– Fordi det var det morsomste faget, svarer hun kjapt.

– Jeg var fascinert av to spesialiteter da jeg studerte: psykiatri og kirurgi. På noen måter ligner disse to fagene veldig på hverandre, i den forstand at de er teoriavhengige ferdighetsfag. Når du er i situasjonen, har du ikke mulighet til å gå ut og slå opp i en bok. Du kan ikke si «kom igjen neste uke». Du er nødt til å kunne det du skal når du går inn. Det har på et eller annet vis tiltrukket meg. Da jeg var student, jobbet jeg som ekstravakt innenfor begge områdene, og tilbrakte en hel sommer på et lokalsykehus med å assistere på hofteoperasjoner. Men jeg innså at jeg har for dårlige visuospatiale evner til å være en god kirurg, oppsummerer hun tørt. Og så er jeg nysgjerrig på hvordan folk tenker, føler, opplever og forholder seg til andre mennesker. Det er en viktig del av psykiatrifaget. Jeg blir egentlig ganske ... Hun tenker seg om før hun sier mer.

– Jeg blir en blanding av frustrert og bekymret når jeg hører kolleger i faget si at det eneste psykiatere skal gjøre er å gi medisiner, eller å lede andre yrkesgrupper. Jeg er veldig bekymret for at dette kan skremme nysgjerrige og utviklingsinteresserte kolleger fra spesialiteten.

– Du er bekymret for utviklingen i faget?

– Ja, hvis det snevres inn og rikheten forsvinner. Yngre kolleger gir også uttrykk for at det nå er vanskeligere å gjøre jobben som psykiater enn tidligere, i hvert fall i forhold til de som er alvorlig syke. Jeg har inntrykk av at jussen preger behandlingshverdagen mer i Norge enn den gjør for europeiske kolleger. Det er mye oppmerksomhet rundt ventetider, tilgang til utredning og samtykkekompetanse, men lite oppmerksomhet rundt innholdet i den behandlingen som gis. Og det burde være det viktigste, slår hun fast, før hun understreker at hun som forsker ser det litt fra utsiden.

«Poenget er at folk skal tilbys behandling, ikke at folk skal tilbys utredning»

– For eksempel, da pakkeforløp ble planlagt innført i Norge, var det en bekymring i det norske fagmiljøet for at det skulle bli som i Danmark med mer strømlinjeformede behandlingsforløp. Mange var fornøyde med at det ikke ble lagt føringer for behandlingsinnholdet her, men jeg har etter hvert tenkt at den danske modellen har et viktig poeng. Poenget er at folk skal tilbys behandling, ikke at folk skal tilbys utredning. Det kan høres litt merkelig ut siden jeg som forsker har vært ansvarlig for mye utredninger. Men jeg blir av og til litt forbauset over kliniske kolleger og ledere som virker å være mest opptatt av utredningen, tilsynelatende uten å spørre seg hva den skal føre til.



PÅ REISEFOT: Melle har mange internasjonale samarbeidspartnere og er stadig på farten. Foto: John Trygve Tollefsen

Tidlig intervensjon

– Du valgte psykose, hvorfor det?

– Da jeg studerte i Trondheim, var det rekrutteringsvansker ved de psykiatriske avdelingene, og studenter ble spurt om de kunne ta seg ekstrajobber. Jeg tok opp journal på de som ble akutt innlagt i helga, og det var ofte personer med psykose. Jeg ble nysgjerrig på disse pasientene.

Melle har vært sentral i arbeidet med tidlig intervensjon ved psykose, et forskningsområde som er blitt stort i Norge og med utstrakt internasjonalt samarbeid.

– Det vi vet, er at det har gått bedre med pasienter som får behandlet sin psykose tidlig. Implementeringen av dette har imidlertid vært utfordrende i Norge, og selv om vi var tidlig ute med dokumentasjon av viktigheten, har mange andre land løst implementeringen på en bedre måte enn oss.

Det første tidlige intervensjonsprosjektet ble avsluttet på et tidspunkt hvor det åpnet seg muligheter for translasjonsforskning.

– Da vi planla de neste studiene, ønsket vi å se på biomarkører for sykdomsforløp og behandlingsrespons, men psykoselidelser er komplekse, og dette er vanskeligere enn vi så for oss. Selv om hovedfokuset er på pasienter som ikke responderer godt på behandling, er hun også opptatt av gruppen som det går bra med.

– Omtrent en tredjedel av pasientene som kommer i behandling, går det ganske dårlig med på lang sikt. Men gruppen som det går virkelig bra med, er blitt større over tid, og det må vi ikke glemme.

– Hva tror du kan gjøres for de det ikke går bra med?

– Såkalt nevrobiologisk behandlingsresistens er definert som manglende respons på to antipsykotiske midler gitt tilstrekkelig lenge og i tilstrekkelig høy dose. Da vi skulle undersøke biomarkører for denne typen behandlingsresistens, fant vi at mange med dårlig respons faktisk ikke hadde fått to adekvate behandlingsforsøk, eller ikke var blitt tilbudt behandling med det antipsykotiske legemidlet klorazepin som et alternativ hvis to forsøk var gjort. I gruppen det ikke gikk bra med, var det bare én av fem som var behandlet etter den norske behandlingsretningslinjen.

Melle har mange spørsmål til hvorfor det er slik.

– Jeg tror jo at våre kolleger ønsker å gi god behandling, men hva er det som gjør at det tas andre valg? Er det mangel på tid eller på kunnskap? Er det pasientene som takker nei? Det kan være forståelig hvis man har fått behandling tidligere som ikke har hjulpet, og som kanskje har gitt mye bivirkninger. Det jeg er særlig nysgjerrig på, er om det er rammene folk arbeider innenfor som gjør at en ikke følger nasjonale og internasjonale anbefalinger.

Melle snakker av og til i lange tankerekker.

– I USA ser man noe av det samme, men der er økonomi en barriere for tilgang til behandling. Her hos oss må det være noe annet som kommer i veien.

Den røde tråden

- For de som ikke kjenner fagområdet, hva handler forskningen din om?
- Hva jeg forsker på? Jeg forsker på ... Det er vanskelig å formulere. Jeg tror den røde tråden må være faktorer knyttet til kortsiktig og langsiktig behandlingsrespons hos personer med psykoselidelser. Dette er lidelser som vanligvis starter hos ungdom og unge voksne. Når en som nylig har blitt syk spør hvordan det kommer til å gå, har vi en større utfordring med å svare på behandlingsprognoser enn andre fag. Jeg har som sagt vært opptatt av å studere de som ikke responderer på behandlingen vi gir, finne ut hva som kan være nyttig i stedet og særlig hvordan vi tidlig kan finne ut om behandlingen vi gir har effekt.



SENTRAL: Professoren har vært sentral i forskningen på tidlig intervensjon ved psykose. Foto: John Trygve Tollefsen

- Hva er det viktig at en kliniker gjør når man har en pasient med debut av psykose?
- Da jeg begynte å jobbe med dette, var det fortsatt en diskusjon om det var riktig å informere pasienten om at de hadde en psykoselidelse. Det førte til at syke personer ikke fikk adekvat behandling, og det bidro til å forsterke stigma. Nå har vi kunnskap om at det går bra med omtrent halvparten av de som får en psykotisk lidelse, men at det å komme tidlig til behandling spiller en rolle. Så ser vi konturene av at den første behandlingsresponsen, altså hvor raskt folk kommer seg, ser ut til å bety en god del.

«Genet for schizofreni finnes ikke. Sårbarhet for psykose er knyttet til variasjoner i mange hundre gener, som i seg selv har liten innvirkning på sykdomsrisikoen»

- Hva er rådet ditt til klinikere?

- Det er viktig å prøve å få behandlet så godt som overhodet mulig i den første behandlingsperioden, og ikke slå seg til ro med at det har vært bedring hvis det fortsatt er funksjonssvikt og restsymptomer.
 - Tror du man finner schizofreni-genet?
 - For 20 år siden var det en forhåpning om at vi ville finne ett sykdomsgen som forklarte risikoen for å få schizofreni, alternativt noen forskjellige gener som forklarte noe av variasjonen i det kliniske bildet. Men så har vi jo funnet det helt motsatte. Genet for schizofreni finnes ikke. Sårbarhet for psykose er knyttet til variasjoner i mange hundre gener, som i seg selv har liten innvirkning på sykdomsrisikoen. Alle mennesker går rundt med en viss andel genetisk sårbarhet for enhver psykisk lidelse. Det kan godt være at en frisk person har høyere genetisk sårbarhet enn en person som blir syk.
 - Hvis du kunne få politisk makt for én dag, er det noe du ville gjort for å forebygge psykose?
 - Jeg ville ikke vært en god helsepolitiker, slår hun fast. Jeg kan være litt for krass på hva jeg mener.
- Melle har jobbet mye med å tilrettelegge for grunnforskning, men er opptatt av at vi også må omsette denne kunnskapen til praksis.
- Vi kan ikke be flere generasjoner unge psykosepasienter vente til noen finner ut av mer. Vi må ha to tanker i hodet og ta i bruk det vi allerede vet, samtidig som det fortsatt er mye å finne ut av.

Fulle bokhyller

- Hva liker du å gjøre når du ikke forsker?
 - Jeg er glad i å lese og i å være sammen med andre. Aller best er det når alt kan kombineres, slik som en uke i Italia på skriveseminar med samarbeidende forskningsgrupper, men også med tid til å sykle, lese og spise gode måltider rundt i Toscana.
- Hun er glad i å lage mat for andre, og mer glad i markeringer av andre enn seg selv.
- Jeg har flere kokebøker enn jeg har fagbøker. Når den tildelte plassen min i bokhylla er brukt opp, må de flyttes videre til hytta. Jeg setter stor pris på å tenke ut, handle til og lage måltider.
- Hun har vært viktig for mange yngre kolleger, har veiledet et stort antall stipendiater og er kjent for å lage gode miljøer rundt seg.
- Yngre kolleger er ofte nysgjerrige, og det er både hyggelig og strategisk viktig å jobbe med mange unge forskere. Det å se noen ville være med å utvikle faget, det er virkelig noe av det morsomste jeg vet.
 - Hvilken bok leste du på italiaturen?
 - En krimbok. Den var helt grei i solstolen, men ikke anbefalelsesverdig.
 - Har du noe å anbefale?
 - Ja, Jenny Erpenbeck, kommer det raskt. Den siste boken hennes, *Kairos*, fikk Booker-prisen.

Erpenbeck er fra Berlin, en by Melle setter stor pris på.

– Jeg liker å sykle rundt i Berlin, og bøkene hennes gir både gjenkjenning og forståelse for historien.

Ingrid Melle

Født 20. desember 1956

Cand.med., Universitetet i Trondheim, 1981

Spesialist i psykiatri, 1992

Dr.med., Universitetet i Oslo, 2000

Professor, Universitetet i Oslo, 2010–d.d.

Forskningsleder, Klinikk for psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus og Universitetet i Oslo, 2013–20

Nestleder, NORMENT-senteret, 2013–23

Nestleder, Mohn forskningssenter for psykoselidelser, 2024–d.d.

Medredaktør av Gyldendals *Lærebok i psykiatri*

– Hvilket råd ville du gitt deg selv som fersk lege?

– Jeg kunne kanskje vært litt mindre ansvarlig. Noen ganger skulle jeg kanskje hatt mer fokus på det jeg ønsket å få gjort, enn å ta ansvar. Men så vet jeg jo ikke om jeg ville hørt på mitt eget råd, smiler hun. I den grad jeg rådgir folk, så prøver jeg å minne dem på at de ikke må gå på første og beste tog. Det skinner gjennom at hun har mye erfaring fra både forskning og reising.

– Det kommer alltid flere tog, og det er viktigst å gå på det rette.

Publisert: 12. desember 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0561

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. juli 2026.