

Lege, leg deg selv (Luk 4,23)

Intervjuet: Jan Emil Erikssen

Rasjonaliteten kan svikte

Professor emeritus Jan Erikssen er en tur innom Senter for helsefremmende arbeid ved Akershus universitetssykehus. Her har han hatt en av sine baser etter at han gikk av for aldersgrensen i 2004 og sluttet som professor i indremedisin ved Universitetet i Oslo med arbeidssted på sykehuset. Råd og veiledning til en mastergradstudent er dagens anledning, eller kanskje det er arbeid med prosjektet han startet i 1971, Oslo Ischemia Study?

Denne oppfølgingsstudien med ca. 2 000 i utgangspunktet friske menn går fortsatt etter mer enn 35 år. Omtrent 325 artikler – over 200 i internasjonalt anerkjente tidsskrifter – har dette epidemiologiske forskningsarbeidet avfødt, og det har lagt grunnlaget for seks doktorgrader – hittil. Hovedsak har vært kardiologi. Arbeidet er i Norge kommet i skyggen av den såkalte Oslo-undersøkelsen, Erikssens studie er langt mer kjent internasjonalt. Flere æresbevisninger har fulgt i kjølvannet av forskningsresultatene.

En diagnose til besvær

Men det er ikke ære og berømmelse som blir temaet denne formiddagen ved lunsjbordet. For Jan Erikssen har stilt en diagnose – på seg selv. Dyp venetrombose i høyre legg.

– Hva vil du gjøre med det?

– Ingenting.

– Vil du ikke legge deg inn for nærmere undersøkelse og behandling? Jeg ser spørrende på ham. For den gode professor ler hjertelig og rister på hodet, bare for å bekrefte at dette nok går over av seg selv. Det er tre uker siden han fikk mistanke. Men dyp venetrombose hadde han også tre år tidligere. Det gikk over uten noen form for behandling. Vel lot han seg den gang undersøke en tid etterpå. Venografien viste åpne kar, men ødelagte klaffer. Så diagnosen var sikker nok, den.

Forrige gang hadde han skadet leggen da han gikk om bord i flytoget på vei til Syden. Det ble en fire timers flyreise og etter hvert

stadig økende omfang av venstre undersått i dagene som fulgte. Denne gang er det høyre legg, men ingen forutgående skade. Det er jo egentlig litt underlig.

Etter noen uker møtes vi igjen ved det samme lunsjbordet. Erikssen har akkurat vært innom medisinsk poliklinikk for INR-måling. Ja, for han valgte å legge seg inn til slutt – åtte uker etter at han merket smertene i høyre legg.

– Sist vi møttes bagatelliserte du min bekymring over den vonde leggen din. Noe har åpenbart skjedd i mellomtiden. Har du lyst til å fortelle mer om dette?

– Gjærne.

En fortelling verd å lytte til

– Du kjente at det var noe som ikke stemte. Hva tenkte du da?

– Det har gått masse forskjellige tanker gjennom hodet mitt. Jeg har jo opp gjennom årene nytt godt av helsevesenet. Uten den moderne medisinen hadde jeg for eksempel trolig fått amputert venstre arm i en alder av 14 år.

Et fotballuhell hadde gitt ham åpen fraktur med påfølgende osteomyelitt. Han var en av de første i landet som fikk penicillin og ble helt frisk, uten varig men. En operasjon for kolescystitt og en for isjias gikk også bra – til slutt. Han var sin egen innleggende lege. Vi ler og rister på hodet begge to.

– Men etter hvert er jeg blitt litt engstelig for å bli sett på som en tullebukk som kommer farende for enhver ting. I og for seg har jeg jo hatt reelle sykdommer, men man vil jo nødig bli regnet som hypokonder – rett og slett. Så da jeg begynte å få hevelse i den høyre leggen, fant jeg alle mulige unnskyldninger for ikke å gjøre noen ting.

Grunnene var flere. En svoger døde, og søsteren trengte støtte. Deretter skulle han feire gullbryllup. Han og kona hadde bestilt utenlandstur. Han kunne jo ikke skuffe henne. Så de reiste av gårde, og det ble en veldig trivelig ferie.

Men da han begynte å kjenne press i låret

når han gikk litt raskt og fikk markerte venetegninger i samme region, bestemte han seg for å bli nærmere undersøkt. Denne dagen hadde han dessuten kjent seg litt tungpusten ved rask gange, men han hadde ingen smerter i brystet. Han regnet med at han hadde høy, dyp venetrombose, og derfor nærmest tvang han seg til innleggelse.

For kollegene på den indremedisinske avdelingen sa: «Ja, du har en dyp venetrombose i leggen. Vi kan gjøre sånn og sånn, men sykehusinnleggelse er det vel ikke noen grunn til.» Men Erikssen forlangte likevel å bli innlagt. Han fikk sin mistanke bekreftet: En flotterende trombe helt opp til lyskebåndet og dessuten noe nedsatt surstoffmetning. Ja, da har jeg lungeemboluser, tenkte han. Høy, dyp venetrombose er nærmest ensbetydende med det (1). Men kollegene var uenige med ham, for røntgen thorax var helt normalt. De gikk likevel med på å bestille av spiral-CT – som viste at begge lungene var fulle av emboluser.

Han fikk konvensjonell behandling med heparin og etter hvert warfarin, og surstoffmetningen bedret seg. Parallelt med dette forsvant dyspneen. Beinnet fikk normalt omfang etter at han hadde tisset ut tre kilo væske i løpet av de første dagene etter innleggelsen.

Fra symptomene startet og til han la seg inn var det altså gått åtte uker. I løpet av denne tiden, omtrent midtveis mellom svingerens død og gullbryllupsturen, hadde han en litt ekkel fornemmelse – nærmest som en vibrasjon midt i brystet av fem til ti minutters varighet.

– Da må jeg si at da trodde jeg at dette var en lungeembolus som forbigående satt fast i pulmonalostiet og så forsvant ut i lungene.

– Og likevel tenkte du at du ikke ville skuffe din kone?

– Selvsagt. Jeg ville ikke skremme henne. Å avbestille turen var ikke aktuelt.

– Men om du hadde dødd av dette?



Jan Emil Erikssen

Født 25. november 1933 i Borre

- Cand.med. Universitetet i Oslo 1958
- Dr.med. Universitetet i Oslo 1978
- Avdelingsoverlege medisinsk avdeling, Sentralsykehuset i Akershus, 1985–2000
- Professor I ved Universitetet i Oslo/Akershus universitetssykehus 2000–04
- Utnevnt til Fellow i European Society of Cardiology i 1988, Fellow i European Society of Hypertension i 1992
- Invitert medlem av New York Academy of Sciences 1993, American Association of Advances of Sciences 1995
- Tildelt professor Ole Storsteins pris for kardiologisk forskning i 1992, Det medisinske fakultets æresmedalje i 2003

Foto Lise Åserud/SCANPIX

– Ja, men jeg lagret den tanken bakerst i hodet og prøvde å glemme den – og klarte det vel også.

Rasjonaliteten kan svikte

– Når jeg som gammeldags indremedisiner tenker over dette, så har jeg jo hatt alle symptomer og kliniske tegn på alvorlig tromboembolisk sykdom. Uansett burde jeg ha reagert. For jeg ville jo ikke blitt tatt for å være en sånn tullebukk hvis jeg hadde kommet seks uker før. Jeg er fryktelig flau over dette.

– Hvorfor er du flau?

– Jeg har ikke vært like irrasjonell tidligere. Han reflekterer over at det kanskje kan ha noe å gjøre med at han nå er pensjonist. Tidligere hadde han alltid mange kolleger rundt seg som han kunne spørre til råds. – Så det var nok litt det at jeg tuslet hjemme...

– Hva om du hadde hatt en fastlege?

Men Jan Erikssen har aldri hatt kontakt med noen allmennpraktiker fast. – Og det er jo dumt. For man er jo egentlig dårlig til å vurdere sine egne meninger og symptomer. Ikke minst har jeg – som sikkert flere kolleger – lett for å tenke det verste. Mange symptomer kan tolkes som signaler på alvorlig sykdom, men behøver slett ikke være det. Dette vet vi jo. Så hvorfor skulle jeg da komme farende?

Han nevner at kanskje nettopp tanken på alvorlig bakenforliggende sykdom likevel var det som bidro til forsinkelsen for hans del. For han hadde for eksempel ikke hatt noe større traume, var ikke nylig blitt operert eller vært sengeliggende. Om det nå skulle ha ligget en kreftsykdom på lur, så ville den sikkert ha passert operabelt stadium. Da er det liksom ikke noen vits i å undersøke nærmere.

I ettertid har han likevel kommet til at han kanskje hadde fått noen små skader i leggen under turer i terrenget hjemme. Dessuten bruker han fast en medisin som det viser seg kan bidra til trombedanning (karbamazepin).

En fastlege

– Men hvorfor ingen fastlege?

– Har det vært noen problemer, så har jeg alltid hatt en stab av eksperter å snakke med.

– Men da er det vel blitt sånn litt i forbi-farten, så å si i korridoren?

– Ja, ja. Jeg regnet med at det var tilstrekkelig. Og så har jeg tatt det for gitt at på de fleste felter kan jeg nok selv. Men jeg har jo ikke tenkt på at rasjonaliteten kan være lidende når man skal stille medisinsk med seg selv. Man har egentlig så lett for å bagatellisere – eller omvendt – gjøre for mye ut av det. Jeg skal innrømme at jeg uberettiget har desavuert fastlegesystemet ved å tviholde på at jeg klarer alt selv.

Noen historier fra venner og kjente har dessuten bidratt til at han ikke har hatt tillit til at en fastlege ville gi ham nok tid. I etterkant ser han at han kunne ha tatt kontakt med en fastlege i lokalmiljøet han kjenner.

– Det er en kollega som jeg oppfatter som velutdannet, balansert og seriøs. Han ville sikkert ha møtt meg som han møter alle pasienter, uten å la seg forstyrre av titler eller posisjoner. Av ham ville jeg med stor sannsynlighet fått en god undersøkelse og deretter klar beskjed om tingenes tilstand. Og når vi først snakker om fastlegene: En seriøst arbeidende allmennpraktiker har den aller vanskeligste jobben i helsevesenet. Det er ikke noen tvil om det. Deres arbeid minner om det å grave etter gull. Mesteparten av det man finner er grus, men så dukker det opp noen gullkorn her og der. Så jeg vil si at jeg tror at de allmennpraktikerne som midt i sin travle hverdag av større eller mindre bagateller hele tiden også har alvorlige diagnoser i bakhodet, de er de beste doktorene vi har.

Lokalsykehus – best og billigst

Når vi først er inne på helsetjenesten som sådan, hevder Erikssen at noe av det farligste som gjøres i helsevesenet for tiden er «superspesialiseringen» av legene og sentraliseringen av sykehusene.

– Med en økende andel eldre mennesker vil det i tiden fremover nettopp være behov for små lokalsykehus med generelle kirurger og indremedisinere – og geriatere. Disse siste kan gjerne ha bakgrunn fra allmennpraksis eller indremedisin. For å bli fullverdige trenger lokalsykehusene røntgen, anestesitjeneste og laboratorium, naturligvis, og etter min mening burde de også ha fødeavdeling og gynekologisk avdeling. Jeg kjenner ikke til et eneste overflødig lokalsykehus i Norge. Tvert imot, slår Jan Erikssen fast.

Og fortsetter: – Erfarne leger ved et lokalsykehus vil kunne ta hånd om de aller fleste som trenger sykehusinnleggelse – uten økt risiko for pasientene. De har et stort fortrinn fremfor de store hospitalene ved at de kjenner lokalbefolkningen. De relativt få som trenger spisskompetanse, må naturligvis sendes videre. Lokalsykehusene er utvilsomt mer kostnadseffektive enn de store, sentrale.

I denne sammenheng er det meget beklagelig at helsemyndighetene hører mest på «toppeksperisen» – i praksis de som har såkalt høyest vitenskapelig prestisje. De har – det finnes noen hederlige unntak – som oftest det mest markante kikkertsynet, avslutter den bredt skolerte, vitenskapelig honorerte professor i indremedisin Jan Erikssen.

Eli Berg

eli.berg@ahus.no
Akershus universitetssykehus

Litteratur

1. Scarvelis D, Wells PS. Diagnosis and treatment of deep-vein thrombosis. CMAJ 2006; 175: 1087–92.