

Tett på hiv

– Det har vært utrolig spennende å få følge en sykdom fra starten. Infeksjonsmedisineren Johan Bruun har fulgt hivpasientene fra viruset kom til Norge for 30 år siden.

Den vanlige pensjonsalderen er for lengst oppnådd, men almanakken gir ikke inntrykk av at han hviler særlig mye på sine laurbær. En kollega beskriver ham som en lege som nesten hele sin karriere har gjort viktige ting ved Ullevål sykehus.

«Vi kan møtes på kontoret mitt når jeg er i Oslo,» skriver han.

Bruun jobber halv tid som professor ved Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø og har siden 1997 hjulpet sykehuset med å bygge opp et solid infeksjonsmedisinsk miljø. Et lite sykehus i Tanzania har også nytta godt av et faglig og menneskelig overskudd. Retningslinjer skal oppdateres. Hvorfor fortsetter han?

Kolleger tror det har mye å gjøre med at han er lege av den gode, gamle sorten – den som hjelper deg fordi han kan.

Kampen mot mikrobene

Kontoret ligger midt på Ullevål sykehus, opp noen solide murtrapper og forbi noen vegger malt før interiørarkitektenes inntog i offentlige rom. Han ønsker rolig og vennlig velkommen.

– Hvorfor ble du lege?

– Min far var lege. Jeg vokste opp i et legemiljø og syntes alltid det virket interessant.

– Hvorfor ble det infeksjoner du skulle drive med?

– Jeg har vært interessert i infeksjonssykmurer helt siden studietiden, det er vel mine undervisere i Bergen som har æren for det. Doktorgradsarbeidet var kirurgisk, men handlet om sårinfeksjoner. Epidemiske sykdommer var lagt ned som egen spesialitet. Grunnen til det var at man optimistisk trodde å ha oppnådd kontroll med infeksjonssykdommene etter å ha fått vaksiner og antibiotika. Så slo mikrobene tilbake, det ble økende problemer med resistens, sier han.

– Doktorgradsarbeidet mitt handlet om å hindre stafylokokkinfeksjoner på kirurgisk avdeling. Jeg undersøkte pasientene for kolonisering i to år. Vi innførte tiltak

som håndvask og behandling av bærere og fikk til en reduksjon i infeksjonsspredning.

– Det er noe semmelweis over graden din?

– Ja, ler han. – I disputasen innledet professor Bjerkedal med å slå opp et bilde av Semmelweis og spørre om hvem det var.

Tatovering og internering

Bruun har jobbet i alle landsdeler, men har vært lengst ved Ullevål. I praksis var han avdelingsoverlege fra 1980 til 1998.

– Jeg sa fra meg avdelingsoverlegestillingen da jeg ikke fikk tid til annet enn møter. Jeg synes det er viktig å behandle

«Det er ulemper med at de har stor makt, men vi ville aldri kommet så langt uten store farmasøytske firmaer som utvikler gode medisiner»

pasienter. Stillingen endret seg mye i løpet av de årene jeg hadde den. Til å begynne med hadde jeg direkte tilgang til direktøren.

– Var direktøren lege?

– Nei, men han hadde en sjeflege ved siden av seg. På den tiden hadde avdelingsoverlegen en reell påvirkningsmulighet, og det var mulig å få gjennomslag for faglige innspill i mye større grad enn det er nå. Vi fikk blant annet gjennom at det måtte bygges en ny infeksjonsavdeling og kunne være med på planleggingen av den. Den ble åpnet i 1985.

– Det var akkurat tidsnok?

– Det var det det var. Hiv var kommet til Norge.

– Du har vært en av de sentrale fagperso-

nene i hivomsorgen. Hvordan har det vært å følge en sykdom fra starten?

– Jeg har vært heldig og har fått oppleve en enorm utvikling innen fagfeltet. Da hivviruset kom, ble det satt inn enorme forskningsressurser i enkelte land, noe som har kommet alle til gode.

– Hvordan var det å jobbe ved sykehus da sykdommen ble påvist i Norge?

– Det var spennende, men det var mye frykt i befolkningen og hos helsearbeidere. Til å begynne med visste man ikke sikkert at det var en infeksjon. Jeg synes vi taklet det bra på avdelingen. Vi var vant med infeksjonssykmurer og opplært i principper for å hindre spredning. Vi opplevde derimot store problemer med å få pasientene undersøkt og behandlet av andre.

– I helsevesenet?

– Selv i helsevesenet.

Han tar frem en stor perm med avisutklipp. Alt som handler om hiv er sirlig arkivert. – Den første rapporten om aids kom i 1981. Reaksjonene var ekstreme. Noen ville tatovere «hiv» på dem som var positive. Andre foreslo internering på Bjørnøya. – Hvor kom disse kravene fra?

– Fra politikere. De mest radikale forslagene kom fra medlemmer av Fremskrittspartiet, men det var noen urimelige krav også fra blodbanker. De ville ha mye mer omfattende restriksjoner enn andre – med isolasjon, merking og tvangstesting. Helsemyndighetene, derimot, satset på frivillighet.

– Hvorfor skulle man ikke teste blodgivere?

– Helsedirektøren ville ikke innføre påbudt testing av blodgivere. Det var bakenforliggende grunner til det. I USA hadde man sett at personer i risikosonen meldte seg som blodgivere for å bli testet, og de kunne være i inkubasjonsfasen med falskt negativt resultat på prøven. Resultatet var økt forekomst av hivvirus i blodproduktene. Overlege Ulstrup på mikrobiologen her på Ullevål testet imidlertid alle prøver for hiv – uten å si ifra. Da oppnådde han å hindre blodgivere å bringe smitten videre



Foto Einar Nilsen

Johan Bruun

Født 20.10. 1936

- Cand.med. Universitetet i Bergen 1961
- Dr.med. 1971
- Spesialist i indremedisin 1975
- Spesialist i infeksjonsmedisin 1980
- Overlege og professor i medisin ved St. Olavs hospital 1980–81
- Avdelingsoverlege og professor ved Ullevål universitetssykehus 1981–2006
- Overlege ved Universitetssykehuset Nord Norge i Tromsø fra 2007
- Professor ved Universitetet i Tromsø fra 2007

og unngikk tilstrømming av folk fra risikogrupper. Helsedirektøren ville ikke innføre det som et krav før testen var allment tilgjengelig. Det tok jo sin tid å bygge opp.

– Så dette stormet en stund?

– Det kan man trygt si.

– Ble du skuffet over kolleger som nektes å operere hivpasienter?

– Ja, men vi valgte å tilby undervisning. Vi fikk faktisk alle spesialitetene ved Ullevål til å ta seg av pasientene når vi hadde gjort det.

– Hivviruset ble oppdaget i 1983. Det var mange konspirasjonsteorier om viruset og spredningen av det. Måtte helsevesenet også streve med dette?

– Internasjonalt var det et problem, særlig i Afrika. Det var rykter om at poliovaksinen som ble sendt til Afrika var infisert med hivvirus. I Nigeria ble poliovaksinering stoppet av lokale helsemyndigheter. På det tidspunktet var det et av de få landene som fortsatt hadde polio, så sykdommen blusset opp igjen og spredte seg også til nabolandene. Det satte bekjempelsen av polio flere år tilbake.

Fra dødelig til kronisk sykdom

– Hvordan var det da medisinene kom?

– Vi hadde mye kontakt med den farma-

søytske industrien. Det var de som sørget for at vi fikk en skikkelig opplæring og at vi fikk tilgang på medikamenter. Vi var med på utprøvningen og så raskt en tydelig effekt.

– Så gikk den over?

– Det var den store skuffelsen. Så kom det nye medisiner. Til slutt kom proteasehemmerne, som vi også var med på utprøvningen av. Det ble klart at med kombinasjonsbehandling kunne vi stoppe infeksjonen. Dette er blitt en kronisk sykdom, og pasientene har tilnærmet normale leveutsikter.

– Hvor gammel er den eldste hivpasienten du følger opp?

Han tenker seg om. – Jeg har hatt noen pasienter som jeg har fulgt til de er over 80 år.

– Du følger fortsatt opp pasienter?

– Senest i går hadde jeg en pasient til kontroll. Han har hatt hiv i 30 år.

– Det er like lenge som vi har hatt sykdommen i Norge?

– Vi påviste viruset i lagrede blodprøver fra 1983. Diagnosen kom i 1987. Han startet behandling i 1990. Han har normal funksjon nå.

– Det er noe annet enn folk flest forestiller seg?

– Noen var heldige og trengte ikke behandling før vi hadde kombinasjonsbehandling og unngikk resistens.

– Man skal starte behandling på riktig tidspunkt?

– Vi var restriktive fra starten og begynte ikke så tidlig med medisiner at pasientene fikk resistens. Nå diskuteres det om man bør begynne tidligere. Selv om de har tilnærmet normal levetid, er det en viss økning i dødelighet av blant annet hjertesykdom. Levetidsutsiktene er omtrent som ved diabetes.

På barrikadene

– Når du ser tilbake, hvordan har spesialistens rolle i sykehus utviklet seg?

– Spesialister er pålagt mye mer administrative oppgaver. De som får ansvar for det, mister i økende grad kontakt med pasientene. Hvis man ønsker en endring innen en avdeling, må det gjennom mange nivåer. Innspill og begrunnelser stopper opp på feil nivå. Man skal jo ikke gå utenom tjenestevei. Jeg gjorde det noen ganger, humrer han. – Jeg fikk påpakkning, men jeg fikk også gjennomført noen viktige endringer.

– Du sto på barrikadene. Hadde det vært mulig å få til like mye i dag?

– Ikke innenfor det systemet vi har nå. Byråkrati og konkurrerende interesser gjør at faglige begrunnelser filtreres bort. Jeg synes også det er synd at legemiddelindustrien ikke lenger kan bidra med å sende leger på kongress. Vi hadde aldri oppnådd samme resultater for pasientene uten store bidrag fra industrien. Vi fikk kontakter og muligheten til å sørge for at våre pasienter fikk behandling på et tidlig tidspunkt.

Skulle vi fulgt offisielle prosedyrer, ville det vært flere års forsinkelser med oppstart av effektiv behandling for norske pasienter.

– Medisinene kunne man kanskje ikke fått uten en kontakt med et firma, men kongressene kunne det offentlige betalt?

– Det er klart, men da måtte bevilgningsgene økes betydelig.

– Det har ikke skjedd.

– Det er nesten umulig å sende leger på kongress. Nå kan kanskje én eller to fra en avdeling reise en gang i året. Før kunne vi reise flere og delta i de internasjonale diskusjonene. Det bidro sterkt til gode fagmiljøer.

– Hva er ulempen med å være så nært knyttet til legemiddelindustrien?

– Det er ikke ukomplisert. I en nordisk forskningsgruppe har vi ønsket å gjennomføre sammenliknende behandling med medikamenter fra ulike firmaer. Firmaer som fryktet de ville komme dårlig ut, har nektet å levere medikamenter. Det er ulempen med at de har stor makt, men vi ville aldri kommet så langt uten store farmasøytske firmaer som utvikler gode medisiner.

– Kunne andre gjort det?

– Man kunne tenke seg uavhengig forskning og utvikling av medikamenter, men

det krever store økonomiske muskler hvis man skal gjennomføre slike prosjekter.

– Blir du motløs når du ser hvordan sykehuse utvikler seg?

– Nei, jeg vil ikke si det. Jeg får lyst til å påvirke utviklingen i gunstig retning. Det har vært noe av det positive som jeg har gjort etter å ha gått av som avdelingsoverlege. Siden 1997 har jeg vært tilknyttet sykehuset i Tromsø. Med grundig arbeid har vi bygd opp en ny avdeling og et godt fagmiljø.

– Du vil ikke heller ta fri?

– Det er inspirerende å ha noe å gjøre. Det gjelder å velge områdene hvor man kan få til noe. Afrika er et eksempel på det.

Bruun har engasjert seg i Haydom-sykehuset, etter å ha blitt rekruttert av en kollega.

– Faren hans etablerte misjonssykehuset i 1952. Nå er driften overtatt av den lutherske kirke i Tanzania. En nordmann har allikevel hele tiden vært direktør. I 2003 ble jeg spurta om jeg kunne starte med hiv-behandling. Jeg hadde mange kontakter, også innen farmasøytske firmaer, så vi fikk medisiner til sykehuset. Senere fikk vi penger fra en NORAD-bevilgning som egentlig var til forebygging, men vi brukte det til å etablere behandling. Noen ganger er det bedre å be om tilgivelse enn tillatelse.

– Hvordan har det gått?

– Vi har registrert 1 900 pasienter. De som følger opp behandlingen, har omtrent like gode resultater som vi har i Norge.

– Hva er utfordringen?

– Stigmatisering er et stort problem.

– Hvorfor dro du til Afrika?

– Jeg synes jeg har en forpliktelse å bruke min kompetanse til å gi behandling også til folk i fattige land.

– Du sa ja fordi du kunne?

– Ja, jeg gjorde vel det. Det er utrolig hva vi har fått til.

Hytter, plommer og sprøyterom

Bruun har tid til mer enn faget.

– Jeg har to hytter, barn og barnebarn. Poenget med en hytte er at den skal være samlingssted for familien, og det prøver jeg å legge til rette for. Jeg har en sønn med familie i Bergen og en datter med familie her i Oslo.

Bruun ble enkemann for over ti år siden.

– Nå bor jeg nesten alene. Jeg har en hund, smiler han.

– Hva gjør du når du ikke jobber?

– Jeg har jo hage. I dag skal jeg hjem for å høste og sylte plommer.

– I Tromsø, da?

– Jeg går mye på ski og på tur i fjellet.

Jeg har en liten sykehusleilighet like ved skiløypa. Det å ha et friområde med lysløype midt i byen er utrolig flott. Det var nesten godt det ikke ble OL i Tromsø. Da frykter jeg at det var blitt stjållet til det formålet.

– Hva med OL i Oslo?

– Jeg endte faktisk opp med å stemme ja. Jeg hadde tenkt å stemme nei, men hørte på argumentet om at også våre barn og barnebarn burde få oppleve det vi opplevde med OL på Lillehammer. Det var stort, synes jeg. Men ser man globalt på det, er det ille at det skal koste så mye.

– Er det noe du skulle ønske at du kunne ha gjort?

– Jeg synes jeg har fått gjort mye og er tilfreds med det. Man kunne alltid gjort mer med fagutvikling hvis det hadde vært midler til det. Forskningsressurser og frie midler er det for lite av i Norge. Forskning som har direkte nytte for pasientene har hatt litt lav status sammenliknet med basalforskning og eksperimentell forskning.

– Du er kjent for å sette pasienten først.

– Det er det viktigste. Forskningen skal være til nytte for pasientene. En annen kjepphest er at alle skal ha tilgang på god behandling. Det var et problem til å begynne med for hivpasienter at personer i visse risikogrupper med lav sosioøkonomisk status ikke klarte å nyttiggjøre seg behandlingen på samme måte som andre. Dette gjaldt kanskje særlig stoffmisbrukere og innvandrere. Mange har ment at disse pasientene må tilpasse seg systemet og komme til kontroll når de har fått time. Mitt syn har vært at man må ta hensyn til forutsetningene folk har og tilpasse systemet slik at behandlingstilbuddet blir likt for alle.

Han fortsetter: – Det nytrer ikke å si at narkomane må slutte med stoff før de får behandling. Det er jo som å si at du må slutte å røyke før du blir operert for hjertesykdom. Det vi har lagt vekt på med stoffmisbrukere er å ha en åpen dør. Vi har gått inn for gratis sproyter for å hindre smitte-spredning. Vi var de første som startet med metadon og fikk det godkjent som ledd i behandlingen av hivpositive narkomane. Det var viktig for at de skulle kunne nyttiggjøre seg antiviral behandling og oppfølging. Det har gitt resultater. De tester seg mer enn andre, de tar hensyn når de er hivpositive. Vi har nesten ingen nye hivpositive stoffmisbrukere. Det er den mest ansvarlige gruppen av pasienter vi har når det gjelder hiv. Jeg tror det er et produkt av at de har tillit til helsevesenet og har fått god hjelp.

Nestor eller ikke – Bruun har nådd alderen hvor både lisens og førerkort må fornyes. Det har gått greit hittil.

– Jeg ble godkjent. Nå kan jeg være lege litt til.

Marit Tveito

marit.tveito@diakonsyk.no

Alderspsykiatrisk avdeling
Diakonhjemmet Sykehus