

Samtale med Per Egil Hegge, tidligere redaktør i Aftenposten

i anledning utstillingen ["Forstyrrelser. En dokumentar"](#)

Per Egil Hegge er forfatter av boken ["OG SÅ MÅ DU IKKE STILLE SPØRSMÅL!"](#)

Ruth Roland: Hvorfor er du engasjert i stoffskiftet?

Per Egil Hegge: Jeg ble interessert i dette fordi min mor fikk høyt stoffskifte. Jeg var glad jeg ikke behøvde å være hjemme på den tiden, for hun var svært syk. Jeg forsto ikke hvordan min far holdt ut med henne. Jeg oppdaget også at legen var helt maktesløs. Dette er femti år siden. Jeg hadde flyttet hjemmefra. Så ble min kone syk og fikk lavt stoffskifte. Jeg forsto jo ikke at det var det. Men jeg skjønnte ganske fort at den legen hun hadde, ikke kunne noen ting om dette. Og det var fordi han ikke hadde lært noe. Sånn sett var det ikke hans feil.

Etter hvert oppdaget jeg at her var det en systemfeil. Mellom tyve og tredve årskull av norske leger ble systematisk feilutdannet på dette området, delvis fordi at feltet ble dominert av en svært autoritær og svært usymptisk lege, som nå er død. Han var et maktmenneske, og jeg skjønner godt at ingen våget å opponere mot ham. Det tror jeg ikke jeg hadde gjort heller hvis jeg hadde vært karriereavhengig av ham.

Jeg ble etter hvert klar over at det sto om livet for min kone. Min måte å håndtere dette på, for det er en stor påkjenning for hele familien, det var at jeg snakket mye om det og plaget vel omgivelsene nokså ille. Det førte til at jeg fikk høre en masse andre eksempler. Det var da det gikk opp for meg at her var det noe som var fundamentalt galt. Det å si til professorer som har stor autoritet, at *«Dere har feilutdannet flere årskull med norske leger på et viktig punkt i medisinen»*, det blir man ikke populær av. Det var jeg ikke ikke forberedt på at jeg skulle bli heller. Det var et fryktelig basketak!

Da jeg fikk kranglet til meg medisiner av min kone, og hun begynte å friskne til igjen, så hadde jeg et valg. Jeg kunne si at *«Nå har jeg reddet henne, så kan de andre ha det så godt.»* Eller jeg kunne føle en slags moralsk plikt til å spre opplysning om dette her. Siden jeg var journalist, valgte jeg det siste. Det ble jeg sterkt bebreidet av en professor som var mye mer medgjør og sympatisk enn ham jeg snakket om først. Jeg fikk høre at jeg hadde misbrukt min stilling. *«Hvordan det?»* spurte jeg. *«Jo, du har skrevet om det.»* *«Men det er jo jobben min»*, sa jeg. Det hadde han åpenbart ikke tenkt over! Dette skjedde for fullt auditorium, et diskusjonsmøte på medisinsk fakultet. Vi ble ikke særlig gode venner, men vi har vært på en slags talefot. Han ga meg et av de beste sitatene jeg har fått. Jeg har vært journalist i noen år, så jeg har litt å velge i. Han ble sur en gang da jeg ikke ga meg, så sa han at *«Nå må du holde opp med det maset ditt om at det er noe galt med undervisningen her på fakultetet, på dette feltet. Det har aldri vært noe galt med undervisningen på dette feltet, og dessuten har vi rettet på det nå!»* Så begynte jeg å le, og så sa jeg: *«Hørte du ikke hva du sa nå?»* Han tenkte seg om og ble rød og beskjemet. Det var i grunnen holdningen.

Da min kone ble medisiner og ble friskere, hadde hun allerede vært syk såpass lenge at det var sidevirkninger. Når man går med dette, risikerer man at en del andre ting går galt. Det er ikke nok å gi medisiner for å få stoffskiftet i balanse, da må man også gjøre noe med det andre. Vi dro til Amerika, hvor jeg kunne få jobb, så kom min kone i kyndige hender der. Da tenkte jeg at *«Dette er så grovt at jeg innklager tre professorer for feilaktig undervisning til helsedirektøren.»* Det var

Torbjørn Mork. Han ante ikke hvordan han skulle håndtere dette. Han opptrådte svært uredelig, så uredelig at sosialministeren, som var Tove Veierød, sa at *«Landet kan ikke ha en helsedirektør som lyver for statsråd.»* Hun forsøkte å avsette ham. Det var et ganske interessant basketak. Jeg har blitt bebreidet at jeg har sitert henne på det. Jeg husker ennå den gufne følelsen da jeg så at han løy på helsedirektørens brevpapir i et brev til statsråden. Jeg tenkte at her har han blitt litt for ivrig, så jeg får gi ham en mulighet. Så jeg sa at *«Her har dessverre helsedirektøren kommet i skade for å gi en opplysning som ikke stemmer, så kanskje han bør trekke den tilbake?»* Det gjorde han ikke, han bare pustet på. Da var han svært syk av emfysem på grunn av at han røkte for mye. Jeg visste at han kom ikke til å være helsedirektør så veldig lenge, jeg vet litt om emfysem, så jeg valgte å sitte helt rolig. Så langt opp i systemet satt det, og så vanskelig var det.

Det som var galt, var at det var tre fundamentale feiloppfatninger som gjorde seg gjeldende. Det var at dette er en sjelden sykdom, den kan være brysom, men den er ufarlig, og den er lett å medisinere bort når man har stilt diagnosen. Alle disse tre hovedpunktene er rav, ruskende gale.

Det som har vært fremskrittet nå, er at det er opprettet en thyreoideagruppe av leger som tar dette alvorlig og sprer opplysning om det. Men det står ikke bedre til enn at jeg i mars fikk en telefon fra en kvinne i sekstiårene fra et sykehus på Østlandet. Hun ringte en lørdag, hun hadde ligget der siden mandag, hun mente hun hadde lavt stoffskifte. Hun var blitt utredet for hjerteinfarkt, og de hadde funnet ut at det var ikke det. Jeg spurte: *«Hvis du har gitt uttrykk for mistanker, har de tatt blodprøver?»* Ja, fastlegen hadde tatt blodprøver, i januar, men ikke i mars i år. *«Hva viste de tallene?»* *«Jeg hadde en TSH på 8»*. Man skal ikke ha mer enn 4. Mange leger mener man ikke bør ha mer enn 2.5. I hvert fall hvis det stiger, bør man være oppmersom på at her kan det være noe. *«Så har du vel målt på sykehuset?»* Ja, det hadde de. Da var det 9.36. *«Men da skal du jo ha medisiner»*, sa jeg, *«det må du forlange»*. Det at både en fastlege og et større sykehus på Østlandet overhodet ikke reagerer på en TSH på 8 eller 9, det viser at vi ikke er kommet så langt som vi burde.

Jeg tok opp denne saken med helsedirektøren og sa: *«Du vet hva det koster å ha et menneske liggende på sykehus i en uke, helt unødvendig.»* Han sa: *«Dette gjør meg veldig trist.»* *«Ja, det gjør meg trist også. Nå er det 25 år siden jeg skrev den første artikkelen, og jeg har tenkt å markere jubileet.»* Det går fremover, det er bra at det er bedre, men det hadde vært bedre om det hadde vært bra!

RR: *Jeg tenker på det du sier om at legene mener at det er lett å medisinere, det sier de jo fortsatt. Mange pasienter opplever ikke det slik.*

PEH: Det som fortsatt sitter igjen, er at dette er helt regelmessige sykdommer. Man kan lese tall og ser så om vedkommende er syk eller frisk. Det at denne sykdommen kan arte seg veldig forskjellig fra pasient til pasient, og fra livsfase til livsfase, det har det vært veldig vanskelig å få gjennomslag for. Det som er irriterende, det er at dette vet de i USA, de vet det i England, de vet det i Tyskland, og de vet det i Frankrike. I Skandinavia har de nektet å ta dette innover seg. Om det er noen trøst, så er det enda verre i Danmark enn her. I min storfamilie er vi i en situasjon hvor vi har hatt veldig mye bruk for kompetent legehjelp de siste ti-femten årene. Kreft og hjertet og kirurgi, det har vært fremragende! Det har vært helt på verdensnivå. Men det er akkurat dette feltet av endokrinologien, der er vi i steinalderen, eller noen av legene er det. Det er i ferd med å bli bedre. Tiden går, de blir pensjonert eller få en gravsten etterhvert. Men det sitter veldig hardt i.

Et av de morsomste tilfellene er også innenfor det siste halvåret. Det ringte en kvinne fra den nordre delen av Østlandet, hun klaget over mannen sin, han har et krevende håndverk. Han hadde begynt å sove fjorten timer i døgnet og la på seg uten at han spiste noe særlig. «*Prøv den og den legen*», sa jeg. Det er en lege som er litt opp i årene. Han må ha hatt en dårlig dag, det kan jo alle ha, så han føyset mannen ut og sa at han fikk ta seg sammen og mosjonere litt.

Hun ringte meg en gang til, og så sa jeg at «*Som det ligger an, er det en lege i Trondheim, det er ikke så mye lengre for dere å reise dit.*» De reiste dit, og der ble diagnosen stilt. Mannen fikk medisin og begynte å sove 7-8 timer i døgnet, som normalt, og hadde gjenopptatt håndverket sitt som han ikke hadde vært i stand til. «*Har du snakket med fastlegen da?*» spurte jeg. Jo, han hadde sagt at det var noe som het placebo. «*Sa han noe mer da?*» sa jeg. Jo, da han fortalte at de hadde blitt henvist til en lege i Trondheim av Hegge, da «*eksploderte legen og skjelte deg ut som en kronidiot som hadde gjort det*». «*Jo, men jeg er vant til å høre sånt. Det er mange som har kalt meg det, som er døde nå. Jeg lever godt med det*», sa jeg. Men å forestille seg at mannen var blitt helbredet på grunn av medisiner, det skulle ikke være en så vanskelig ting å fatte, eller i hvert fall overveie eller vurdere for en lege. Så forstokket er de i noen deler av miljøet.

RR: *Jeg tenker på kona di. Hun hadde såkalte «pene tall»?*

PEH: Hun hadde normale prøvesvar og kunne da ikke være syk.

RR: *Hva vil du anbefale for dem som mistenker lavt stoffskifte, men har normale prøvesvar? Har du noen vitenskapelige artikler de kan ta med til legen?*

PEH: Professor Trine Bjørros bok «*Thyroideasykker*» berører problemet mulighet for lavt stoffskifte tross normale prøvesvar. Noe tyder på at dette kan være tilfellet hvis stoffskifteproblemet er utløst ved en hode- eller nakkeskade (mindre biluhell, fall på isen o.l.)

De norske legene som ble utdannet før 1970, fikk innprentet at de måtte ta de kliniske symptomene alvorlig hvis slike forekom uten at prøvesvarene tydet på lavt stoffskifte, med andre ord at terrenget ofte er riktigere enn kartet. Slik er det også i orienteringssporten.

Den amerikanske legen Ridha Arem i Houston har skrevet en bok, [*The Thyroid Solution*](#), hvor det legges stor vekt på symptomene og plagene, og mindre på statistikk og tall.

RR: *At pasienten ikke er syk når prøvesvarene er innenfor referanseområdet, det mener leger fortsatt i dag. Hva tenker du om det?*

PEH: Det legene må gjøre, er å snakke med pasienten. Og det er av og til brysomt. For særlig ved lavt stoffskifte så er et av symptomene at de blir abnormt, nærmest patologisk snakkesalige. Legene blir jo aldri kvitt disse kjerringene. Det er stort sett kvinner. Da er det greiere å ha tallene, for tallene viser jo at dette er noe du innbiller deg, så ut med deg! På et nivå forstår jeg disse legene. Men det er ikke forsvarlig medisinsk behandling.

RR: *Det er dårlig håndverk. Hvis vi går litt tilbake i tid, brukte de blant annet symptomene for å diagnostisere. Hvordan ansikt, hud og kropp endret seg. Det virker som om de har gått bort fra dette.*

PEH: Det er det du i vitenskapsfilosofien godt kan kalle galopperende positivisme. Vi hadde et veldig sterkt eksempel på det. Det var en professor, han er død nå, Grünfeldt, han skjønte hva det var kona slet med. Og han sa at *«Jeg skal få henne til en venn av meg som kan dette her.»* Da hadde det gått et år hvor hun hadde blitt dårligere og dårligere hos en fastlege som altså ikke kunne noe. Og han skjelte henne ut da hun sa at hun ville skifte lege. Det har han jo ikke rett til. Han følte seg tråkket på, selvfølgelig. Så kommer hun til denne spesialisten som sa: *«Hvorfor har ikke du kommet hit før, så dårlig som du er?»* Han så hvor dårlig hun var. *«Jeg har gått hos en lege i et år, men jeg får ikke noe hjelp, jeg bli dårligere og dårligere»*, sa hun. *«Nå tar vi noen prøver, så får vi se»*, sa han. Så kommer prøvesvarene, de er normale, og han sier: *«Ja, men da er du frisk da.»* To uker etter at han har bebreidet henne for at hun ikke har søkt lege før, så er det helt uinteressant hvordan hun har det når han får tallene! Han er et godt menneske, og han sa: *«Du har rett i en ting, jeg forstår ikke hvorfor hun er så dårlig som hun er.»*

RR: *Det ser ut som om de har laget seg et kart, som skal stemme hele tiden.*

PEH: Du behøver jo ikke mer enn se deg tilbake når du sitter i en kinosal, for å se at folk er forskjellige. *«Og sånn er det også med oss mennesker»*, som Wesenlund sier! Det er klart at det er enklere hvis du har et skjema. En del har fått stoffskifteproblemer etter at de har fått hodeskader, har falt på isen og har slått nakken eller hodet. Det var åpenbart det som utløste lavt stoffskifte hos min kone, hun falt på isen. Trine Bjøro, som er professor på Radiumhospitalet, endokrinolog, ikke kreftlege, og en meget vettug lege, hun har skrevet en bok hvor hun går inn på at det kan være en bitte liten hjerneskade nær hypofysen som gjør at tallene forblir normale, at prøvesvarene ikke gir det endelige svaret.

Før de fikk disse prøvene, det var på 50-tallet, var de nødt til å snakke med pasientene, se på dem og følge dem over tid. Det er det andre de har kjørt seg fast i, de har en helt statisk oppfattelse av prøvesvarene. Hvis en tysk lege har en pasient som plages av en del symptomer, og ser at TSH, altså thyreoideastimulerende hormon, stiger fra 0,8 til 1,6, så er det fremdeles innenfor det normale. Men da sier han: *«Her er det et eller annet under utvikling, så dette må jeg følge med i.»* Men i Norge sier de at 1,6 er normalt og ikke noe å bry seg om. Det å lære å lese tallene dynamisk i stedet for statisk, det skulle ikke være så veldig vanskelig. Men denne undervisningsmetoden var støpt i betong, og de fikk veldig lite undervisning, fordi oppfatningen var at dette var en veldig sjelden sykdom. Nå viser tallene fra Nord-Trøndelag at det ikke er sjeldent (HUNT-undersøkelsen). Det har også vært drivkraften i at Thyreoideagruppen er opprettet, med Ingrid Norheim som en av initiativtakerne. Koren Dahll er vel også med på det, så vidt jeg vet.

Det andre som har vært vanskelig, det er at selv om det ikke er utelukkende, så er det en overveiende en sykdom som rammer kvinner. Alle menn vet at det er noe gærent med kvinnfolk! De sipper og sutrer, blør gjør de også. Kommer man borti dem, blir de gravide, og da er de helt på styr. Ikke mister de håret som normale mennesker heller. Det er klart at dette er en halvpart av menneskene som er skrudd sammen på en gæren og kompliserende måte. Det er ikke helt bra.

[I]**RR:** Du nevner selvmord som et symptom på lavt stoffskifte i den første artikkelen du skrev om stoffskiftet i 1986, *«En hvit flekk på legenes kart»*.

PEH: Det som er et symptom ved lavt stoffskifte, er det som heter endogen depresjon. Det kan slå særlig skjebnesvangert ut i noen varianter av det som heter postpartum depresjon. Det har ført til at

mødre som nettopp har født, har drept barnet sitt. Det er vanskelig å tenke seg en verre tragedie.

Disse selvmordene, de er nok i stor utstrekning blitt tilskrevet vanlig depresjon. For eksempel er det en del ekteskap som ryker på grunn av stoffskiftesykdommer. Så sier man at «*Hun ble deprimert, og mannen stakk av, og så tok hun livet sitt.*» Det kan jo ha vært en bidragende faktor. Jeg har snakket med to som nesten begikk selvmord, de var inne på tanken. Jeg vet ikke om man kan generalisere ut fra det, men begge fortalte at de resonnerte slik at «*Nå er jeg til så mye bry for familien at jeg gjør alle en velgjerning, også meg selv, ved å forsvinne. Jeg løser ikke bare mine problemer, men jeg løser også mannens og barnas.*» Det er naturligvis en helt syk tankegang. Én fortalte at hun satt ved elvebredden en sommerkveld og tenkte at hvis jeg nå velter meg uti, så er elva kald nok til at jeg dør ganske fort, så er jeg ferdig. Mannen hennes hadde følt at et eller annet ikke var riktig, så han kom og hentet henne. Han tok henne med hjem og reddet henne. «*Han reddet livet mitt*», sa hun. Jeg vet ikke hvor vanlig dette er at det er en slags selvoppofrelse i selvmordet. De blir deprimerte over at de er syke og ikke blir friskere. Enda verre blir det hvis de som er rundt dem, sier at de får ta seg sammen, og de oppdager at de ikke makter det de gjorde før. Jeg har en historie om at min kone brukte to timer på å pakke inn tre julegaver en julekveld. Det er så til de grader ulikt henne at da irritasjonen hadde lagt seg, skjønte jeg at her er det noe galt. Den type irritasjon i nærmiljøet, kombinert med følelsen av utilstrekkelighet og bebreidelser som det for så vidt er grunnlag for, for det er jo vanskelige situasjoner som oppstår i dagliglivet.

Det er folk som får diagnostisert depresjon, særlig i høy alder. Så har en lege tatt en stoffskifteprøve, og sett at det er nødvendig med medisiner. Medisinene virker, og pasienten blir normal igjen. Dette er det forsket lite på.

RR: *En av dem som deltar i prosjektet, fikk både antidepressiva, sterke angstdempende og til og med antipsykotiske medisiner i to år før legen tok blodprøver. Blodprøvene ble tatt fordi hun ba om det selv. I intervjuet jeg hadde med Louise Koren Dahll, sa hun at alle pasienter som blir innlagt, blir sjekket for stoffskiftesykdom når de ankommer psykiatrisk. «Det er betryggende», sa jeg. Etterpå tenkte jeg at det ikke er så betryggende, for de færreste havner på psykiatrisk, de fleste blir behandlet hos fastlegen.*

PEH: Den som oppdaget dette som allmennlege, var en lege som heter Finn Waaler, som har praksis i Hegdehaugsveien. Han var turnuslege i Austevoll i Ytre Sogn. Der var det en del kvinner som hadde stabilt ekteskap, ikke problemfritt, det er det ingen som har, solid økonomi, men de var deprimerte. Det hadde de ingen grunn til å være, og de var selv klar over at de ikke var noen ytre grunn til depresjonen. Han tok stoffskifteprøver og konstaterte at stoffskiftet hos disse kvinnene var lavt. Da begynte han å interessere seg for dette på en måte som han ikke hadde lært om på studiet. Fremskrittet er der, men det har vært langsomt.

RR: *En ting jeg har lagt merke til i det siste, er at en del opplever at når de ikke blir friske av Levaxin, de er skikkelig syke av stoffskiftet, så får de ME-diagnose, uten at endokrinologene nødvendigvis sjekker ME-kriteriene.*

PEH: Jeg har så lite greie på ME og skal være forsiktig med å si noe om det. Det er en del som ikke blir friske av å få Levaxin eller tyroksin. Hos noen av dem er det veldig ofte høye antistoffer. Da er det vrient. Antistoffene blokkerer for opptak. Sånn at teoretisk, uansett hvor mye tyroksin du gir, så hjelper det ikke. Men du må altså, i noen tilfeller, pøse på med mer tyroksin. Og dette er forferdelig

vanskelig. Når du medisinerer, må du følge opp pasienten med ikke lengre mellomrom enn tre måneder. Det er strevsomt for legen, og det er strevsomt for pasienten.

RR: *Det er en del i dag som opplever at de får lave kortisolverdier og lave verdier på andre hormoner. Jeg vet ikke om vi kan snakke om et hormonkrasj når det er mange hormoner som blir lave, ikke bare stoffskiftehormonene?*

PEH: Hormonsystemet er enormt komplisert. Det er mange med stoffskifteproblemer som har diabetes også. Det er en eller annen sammenheng. Men hva består den i? Det er Sjögrens syndrom, som har med autoimmunitet å gjøre. Det er bra at flere interesserer seg for det, og det er mer spennende når det er vanskelig. Men som legen som var den verste, han som har vært død nå i tolv år, han var jo sterkt imot at min kone skulle medisineres, for hun hadde normale prøvesvar. «Ja, men nå har hun fått medisinerings.» «Ja, men hun skulle ikke hatt det.» «Men hun har blitt bedre, synes du ikke det er interessant?» sa jeg. «Det er ikke interessant i det hele tatt.» Han mente det.

Det har vært svært bastant i legemiljøet. Vi kan dette, vi har lært det. Jeg forsøkte å gi noe materiale til en svært dyktig biokjemiker. Jeg sa at dette er interessant, men kanskje ikke akkurat slik dere mener det er. Han bladde igjennom det og sa «Dette kan ikke stemme, for da ville jeg ha hørt om det.» Da er du ikke mye nysgjerrig! Det var symptomatisk for dette miljøet. De kunne alt. Du skulle ikke komme og fortelle dem noe. Det var en kvinne som var 33 år, som gikk til legen fordi hun lurte på om hun hadde lavt stoffskifte. Legen sa at hun måtte huske på at hun nærmet seg overgangsalderen. Det gjør du jo, men den er ikke like om hjørnet når du er 33 år!

RR: *En del av dem som ikke blir bra av Levaxin, en ren T4-basert medisin, de kan trenge å få T3, altså Liothyronin eller den gode gamle som kalles Thyroid, som er laget av grisekjertler. Det er det også lite kunnskap om.*

PEH: Det er det lite kunnskap om, og det er lite systematiske undersøkelser av det også. Det tror jeg rett og slett er fordi det varierer. Dette arter seg ulikt fra pasient til pasient. Da er det ikke noe annet å gjøre enn å prøve og se hva som skjer. Det er de ikke opplært til. De får en biokjemisk fundert opplæring. Jo flere målingsmetoder de har fått, jo større fremskritt er det i biokjemien, desto vanskeligere er det å gi plass til de individuelle forskjellene som også er til stede. Jeg tror ikke de er intellektuelt skolerte for å se dette samspillet.

Det er en annen historie som er ganske ille. For 3-4 år siden ble jeg oppringt av en venn som jeg har kjent siden studiedagene, en pensjonert professor i medisin. «Har du en lege til et medlem av familien? Hun har åpenbart lavt stoffskifte. Hun har vært tvangsinnlagt på grunn av at hun var suicidal. Hun sluttet på skolen. Hun lå bare og sov og var deprimert. Jeg gikk til en lege jeg har kjent siden studiedagene, og som jeg følte respekt for. Han gjorde ingenting. Han brød seg ikke noe om noe. Så jeg stilte diagnosen selv. Men sånn som familieforholdene er, bør jeg ikke være hennes lege», sa han. «Hvem var det du sendte henne til?» Han nevnte et navn. «Da fikk du ikke noe hjelp, for han er helt likesæl til dette, han driver en fort-inn-fort-ut- klinikk.», sa jeg. Jeg ga ham et navn, og han tok kontakt med denne legen. Hun ble så mye bedre at hun fødte et barn for snart to år siden. Det er jo et risikoforetagende i alle sammenhenger, men ikke minst når du har lavt stoffskifte. Jeg tok min venn med til et møte med helsedirektøren. Min venn fortalte historien. Så sa jeg til helsedirektøren at «Jeg har jo et robust selvbylde, og vil gjerne ha mer skryt, men det bør ikke være sånn her i landet at jeg sitter som medisinsk konsulent for medisinske professorer om hvilke leger de skal bruke, og hvilke de bør holde seg unna. Jeg tror ikke vi skal ha det slik her i landet.» Det

virket som om helsedirektøren var enig i det.

De som tar tak for å få dette på rett kjø, som Louise Koren Dahll og Ingrid Norheim i første rekke, de blir sure når jeg snakker om fortida, for nå er vi ferdige med det. Men vi er ikke helt det. Det er et veldig godt lærestykke å se på de feilene som er begått. Det er det mye å lære av. Men det er så ekkelt for dem at de vegrer seg. Det står i Peer Gynt, i mor Aases død, at

«Nu, moer, vil vi sammen snakke;

men bare om løst og fast, -

og glemme det vrange og skakke,

og alt, som er sårt og hvast»

RR: *Selv om de ikke var en del av det, er det litt sårt likevel?*

PEH: Jo, det er sårt, for de ble utdannet av disse professorene. Jeg brukte skarp lut et par ganger. Det er ikke morsomt å høre noe sånt fra en legmann. Torbjørn Mork gikk helt av skaftet. Jeg tror ikke han var i stand til å forestille seg at en legmann kunne fortelle toppskiktet på dette feltet noe de ikke visste. Han var autoritær, han var vant til å skyte med kanon på folk som motarbeidet eller var uenig med ham. Da datt de jo. Jeg skjøt tilbake, og det oppfattet han som en grenseløs urettferdighet og ante ikke hva han skulle gjøre.

RR: *Folk hadde et svært autoritetstro forhold overfor leger tidligere. Jeg hadde kreft da jeg var fem år, jeg husker da jeg senere skulle til lege, så måtte jeg alltid ha på pen kjole. Det var viktig å være pen i tøyet.*

Jeg vet ikke om du har hørt om mennesker som har fått påvist lavt stoffskifte, så har de blitt behandlet med Levaxin, merket bedring, så etter en tid har de fått høre av legen at nå er de friske, og kan slutte med medisiner, for blodprøvene er fine.

PEH: Jeg har hørt en del slike historier og det er ganske ille. Det går an å forsøke å trappe ned, men som oftest når man har fått Levaxin på grunn av lavt stoffskifte, så må man bruke det resten av livet. Det som er rart med dette her, er at hovedargumentet for å la være å gi Levaxin er at man blir avhengig. Det var derfor man mente at det var farligere å gi det enn å ikke gi det. Det var som oftest feil. Det er ingen som sier til en blodtrykkspasient at nå er blodtrykket normalt, så nå kan du slutte med pillene. Det er akkurat det samme. Dette er virkelig analfabetisme. Jeg har ingen annen forklaring på dette enn at det er mangelfull utdanning og en ny indikasjon på at det ikke står så bra til med undervisningen på dette feltet.

RR: *Om funnene i et prosjekt i Forskningsrådets biblioteksforskningsprogram i 2001 het det 23. november samme år på forskningsrådet.no: «Leger benytter seg i svært liten grad av forskningsinformasjon i sin hverdag. De har dårlig tilgang til ny kunnskap og vet ofte ikke hvordan de skal lete etter den. Mange leger blir derfor ikke faglig oppdatert, men praktiserer det de har lært i grunnutdanningen hele livet. – Dette er farlig, mener Arild Bjørndal, professor i samfunnsmedisin og avdelingsoverlege ved Statens institutt for folkehelse.» Internett har jo eksplodert siden den tid. Men tror du at det er slik fortsatt?*

PEH: Det er litt av det. Det er enormt mye å lese hvis du skal følge med. På en måte går det an å forstå det. Men det er ingen unnskyldning. Som denne personen som ringte meg i mars og fikk påvist en TSH på 8 hos fastlegen, og deretter på 9 på sykehuset, og ingen sa noe. Da er det akkurat dette her. Det er umulig å oppdatere seg, og det synes jeg de kunne innrømme.

Noe av det mest interessante i dette, ved siden av det som ligger meg nærmest, nemlig at min kone er i live, det var de legene som helt tydelig, men veldig diskret, signaliserte at de skjønnte hva jeg holdt på med. De gikk ikke på barrikadene og sa «*Hør på Hegge*», for det ville ha sendt dem rett ut av det gode selskap, men de gjorde det på veldig subtile måter. At jeg fikk støtte, holdt meg gående.

RR: *Hvis vi trekker en tråd fra du ble opptatt av stoffskiftet frem til nå, så har det vel skjedd noe?*

PEH: Jo. Men det er litt for mye igjen.

RR: *Hva vil du si er igjen?*

PEH: Det er de legene som ikke er ajourført. Det er en stund siden nå, men det var en som fortalte meg at hun hadde vært hos en lege og sagt at hun hadde lest det som Hegge hadde skrevet. «*Ja, herregud, han vil jo at alle skal ha tyroksin, han*», sa legen. Så sa jeg: «*Hvem var det, for ham vil jeg gjerne snakke med.*» Jeg fikk navnet og ringte til ham. «*Du har aldri snakket med meg, hvis du sier dette én gang til, så innklager jeg deg til fylkeslegen. Nå skal du be om unnskyldning og love meg at du ikke skal si dette mer*», sa jeg. «*Ja, jeg lover, jeg skulle ikke sagt det*», svarte legen. «*Da er det greit, da er vi ferdig med det.*»

Det sitter igjen fra det som var en del av undervisningen. Det var en lege på 60-tallet, han het Kielland, han hadde funnet ut at alle skulle ha tyroksin. Måten å helbrede på var å gi tyroksin i store kvanta, slik at de fikk hypertyreose, og så trappe ned. Altså fullstendig galskap. Han holdt på å miste bevilgningen, han var en etablert og kjent lege. Han ble reddet fordi han hadde Jens Christian Hauge som advokat. Det de ble undervist i, var at hva dere enn gjør, ikke gi tyroksin, det gjorde doktor Kielland. De nøyde seg ikke med det, de fortalte at han hadde etablert en ny diagnostisk metode, rumpetesten. Han klappet disse damene på baken. Hvis den var litt kald, hadde de lavt stoffskifte, og så var det å pøse på med tyroksin. Jeg kjente to som hadde vært pasienter hos ham. Begge to sa at han var en helt korrekt, litt stiv og tilbakeholden lege. Han hadde ikke oppført seg annerledes enn en lege skal oppføre seg. Det var altså ren fantasi!

RR: *Rykter er farlige!*

PEH: Når det spres som et ledd i undervisningen, er det drøyt.

RR: *Er det andre ting du tenker på som kunne vært bedre i dag?*

PEH: Det kan være grunn til å minne legene på at det kan jo hende at pasientene kan ha en viss innsikt i egen situasjon. Det lønner seg å høre på dem, selv om du naturligvis må være i stand til å frasortere.

Legeforeningen snudde, det var for ti år siden, etter at boka mi kom. De snudde ikke så grundig som jeg trodde, men de snudde i hvert fall. Jeg inviterte den tidligere presidenten i Legeforeningen, Hans

Petter Aarseth, på lunsj og sa at det ikke hadde vært bare hyggelig å slåss mot ham og den foreningen hans. Han skjønnte det og nevnte noe om at jeg hadde truffet noen litt vanskelige typer.

Jeg sa meg enig i det, men at jeg hadde vært i krigen før og dessuten var frisk. «*Men en ting er jeg takknemlig for*», sa jeg. «*På grunn av denne kampen er jeg blitt helt for en ti-femten tusen kvinner her i landet, og selv med min høye og mørke sjarm hadde jeg ikke klart det for egen maskin.*»

RR: Boka di ligger ute på nettet, så den blir jo fortsatt lest av mange. For min del var den en del av en oppvåkingsprosess. Ved å lese den og lese videre forsto jeg at jeg ikke var tilstrekkelig medisineret.

PEH: Har du spurt om det lave stoffskiftet ditt har en sammenheng med at du hadde kreft?

RR: Nei, det har jeg ikke spurt om, men jeg antar det. Operasjonsområdet er jo nær skjoldbruskkjertelen. De fjernet den store halsmuskelen blant annet.

PEH: Det er en del kreftpasienter som har fått lavt stoffskifte. Men jeg vet ikke nok om sammenheng.

RR: Jeg hadde kontakt med en som fikk lavt stoffskifte etter en brystkreftoperasjon. Jeg har lest at traumer, for eksempel dødsfall og skilsmisse, kan utløse lavt stoffskifte.

PEH: Livskriser kan føre til stoffskifteproblemer. Det kan være vanskelig å diagnostisere, for de fleste får jo noen bulker i livet. Hva som er årsak og virkning, det er ikke lett å avgjøre. Jeg har snakket med leger som har konstatert stoffskifteproblemer etter kjærlighetssorg, det er jo ikke uvanlig forekommende i ungdommen og senere. Uten at alle får det, selvfølgelig. Det er igjen dette individuelle. Spørsmålet er om du er disponert for det. Det er arvelig. Arvelighetsfaktoren er så pass sterk at man regner med at en mann som har lavt stoffskifte, vil få døtre som alle er i risikogruppen for stoffskifteproblemer. For mødre er ikke “nedarvingsprosessen” så bastant, men også der bør man være oppmerksom på risikoen.

RR: Samtalen er gjengitt her med Per Egil Heggens tillatelse

Les mer på Bloggen til [Ruth Roland](#)

<http://www.sonjas-stoffskifteforum.info>