
Verdifull pasientvisitt, to operasjoner og en lungetransplantasjon

ETT DØGN MED

MARTE NORDAHL

Tidsskriftet

Erik Helgeland er lege i spesialisering ved Thoraxkirurgisk avdeling på Rikshospitalet. Dagens første operasjon på en pasient med lungekreft krever en teknisk mer avansert metode enn vanlig.



Foto: Marte Nordahl

06:00 Vekkerklokken ringer og jeg hopper i dusjen. Frokosten består av tre knekkebrød med leverpostei og en kopp håndbrygget kaffe. I dag har jeg såkalt kortvakt og blir borte hele dagen.

06:45 Etter en busstur fra Frogner til Ullevål tar jeg trikken videre opp til Rikshospitalet. På reisen kobler jeg av med Aftenpodden på øret.

07:05 Idet jeg ankommer kontoret, skifter jeg til grønt og hilser på hyggelige kolleger i vårt lille firemanns kontorkollektiv. Før morgenmøtet går jeg en liten tur innom intermediærposten, som jeg har ansvar for i dag. Alt ser fint ut med pasientene der. En av dem er operert for en akutt aortadisseksjon type A, og det er stilt spørsmål ved blodforsyningen til den ene nyra. Jeg bestiller en supplerende ultralydundersøkelse for å avklare dette.

Erik Helgeland

Cand.med. med forskerlinja 2004–11 ved Universitetet i Bergen og ph.d. i hjertefysiologi.

Turnustjeneste ved Haraldsplass sykehus og Radøy kommune.

LIS-lege i generell kirurgi, Sykehuset i Vestfold 2015–18, og fra 2018 LIS-lege i thoraxkirurgi ved Oslo universitetssykehus.

07:30 På morgenmøtet samles alle toraxkirurgene, anestesilegene og perfusjonistene (de som styrer hjerte- og lungemaskinen) i tillegg til representanter fra operasjonsavdelingen og avdelingens pasientkoordinatorer. Vi gjennomgår vaktrapporten og operasjonsplanen for voksenhertekirurgien samt ser på demonstrasjoner av ekkokardiografier og koronare angiografier.

08:15 Fellesrunde på intermediærposten. En overlege og jeg, i tillegg til to overleger i karkirurgi, går rundt for å hilse på alle pasientene og danne oss et klinisk bilde. Pasientene er alle i fin fremgang etter inngrepene, og vi får avklart eventuelle spørsmål som pasientene måtte ha.

08:30 Previsitt. Sykepleierne leverer gode rapporter om to pasienter hver. Sammen gjennomgår vi alle organfunksjoner systematisk. Mens jeg skriver journalnotat, ser jeg over blodprøver, røntgenbilder og den elektroniske medisinkurven for hver pasient. En eventuell plan for mobilisering og matinntak samt mål for blodtrykk og væskebalanse formidles både skriftlig og muntlig til ansvarlig sykepleier. Den viktigste jobben er å fange opp forløp som er utenfor det forventede.



Foto: Marte Nordahl

09:05 Operasjonsstua informerer om at de snart er klare for dagens første pasient. Én dag i uka låner vi en ekstra operasjonsstue på intervensjonscenteret, slik at vi kan utføre to ekstra lungeoperasjoner. Denne stua ligger helt i den andre enden av sykehuset.

09:12 Dagens første operasjon er på en pasient med lungekreft. Den kirurgiske metoden vi skal bruke, er spesielt avansert, og jeg har derfor frisket opp teknikken i forkant. I tillegg til å lage en visuell plan ser jeg igjennom CT-bilder og pasientens anatomi. At ikke alle har arterier, vener og bronkier i samme anatomiske distribusjon, kan lage feller for oss når vi skal operere. Under operasjonen deltar to kirurger (jeg opererer, en assisterer), en anestesilege, to anestesisykepleiere og tre operasjonssykepleiere (én i opplæring). I dag er jeg mer skjerpet enn om vi skulle ha utført en vanlig lungekreftoperasjon. Anatomien er heldigvis som forventet, og det går fint å dissekere. At vi ser svulsten på utsiden, gjør det mye sikrere å fjerne lungevevet i rett avstand fra svulsten. Vi opererer ut både svulsten og lymfeknuter fra flere «stasjoner» underveis i inngrepet. Uten at det er synlig på CT-bilder, kan noen kreftceller spre seg til lymfeknuter, både lokalt og lenger unna svulsten. Disse sendes derfor inn til undersøkelse sammen med hovedpreparatet. Å finne korrekt stadium av kreftsykdommen har betydning både for prognosen og videre behandling.

11:08 Etter operasjonen tar jeg av operasjonstøy og vasker hendene. I tillegg må jeg fylle ut rekvisisjoner til patologene som skal undersøke preparatene.

11:15 Fra vår lille dikteringsbu på operasjonsgangen får DIPS beskjed om hva som ble gjort og funnet under operasjonen. For å kvalitetssikre det vi gjør, sender jeg alle operasjonsdetaljer inn til Kreftregisteret i tillegg til vårt eget lokale operasjonsregister.

11:30 Lunsjen, som består av to brødskiver med gulost og kaviar og en kopp kaffe, spiser jeg sammen med noen kolleger og sykepleiere på pauserommet til posten. Siden vi ofte er ferdige med inngrep til ulik tid, er det sjelden vi kollegaer er samlet etter morgenmøtet.

12:00 Etter lunsj ser jeg på røntgensvar som er kommet i løpet av formiddagen. Alt ser fint ut, inkludert ultralydundersøkelsen av pasienten med aortadisseksjon.



Foto: Marte Nordahl

12:30 Flere hjerteopererte pasienter skal skrives ut neste dag, og jeg forbereder epikrisene. Samtidig registrerer jeg dem i Norsk hjertekirurgiregister med alt som har oppstått i forbindelse med inngrepet.

13:00 Pasienten er nå vekket opp fra narkose på postoperativ avdeling, og jeg forteller hen hvordan operasjonen har gått. Vedkommende har det greit og er godt smertelindret. Såret ser fint ut, med lite luftlekkasje på drenet.

13:15 Før neste operasjon ser jeg på CT-bilder av pasienten på nytt. Intervensjonscenteret ringer etter hjelp til å flytte vedkommende riktig før operasjonen, og jeg fester hen i sideleie med en liten knekk for å komme godt til mellom ribbeina. Med meg har jeg en kollega som assistent, og en overlege er også innom. Vi diskuterer fremgangsmetode og strategi, og jeg tusjer opp marginer på pasienten.

13:28 Operasjonen starter. Denne gangen skal vi fjerne en svulst under torakskaviteten og lenger ned mot buken. I forkant har jeg varslet Gastrokirurgisk avdeling om at vi muligens vil trenge assistanse. Operasjonen går fint, og vi får fjernet svulsten med god margin. Vi er litt usikre på hvordan vi skal lukke åpningen, da det er en ganske stor defekt. Etter å ha diskutert oss imellom i teamet ringer vi til gastrokirurgen for å få råd. Kort tid etterpå hjelper gastrokirurgen oss med lukkingen. Nærmest bukhulen bruker han et biologisk nedbrytbart nett laget av grisehud, og deretter forsterker han fascien over med et polyesternet, som ikke går i oppløsning. Dette lager et arrvev som forsterker bukveggen, og vi håper det skal forhindre arrbrokk. På sykehuset har vi godt samarbeid på tvers av spesialiteter, som er både nødvendig og ikke minst lærerikt.

14:50 Etter operasjonen dikterer jeg i DIPS hvordan operasjonen gikk i detalj.

15:00 Også denne gangen registrerer jeg hva som ble gjort under operasjonen i Krefregisteret og i vårt egne interne operasjonsregister.

15:15 På stue 6 er de i gang med en lungetransplantasjon, og jeg stikker hodet innom for å se hvor de er i løypa. De nye lungene til pasienten med kronisk lungesykdom og respirasjonssvikt har nettopp ankommet operasjonsstua. Vi utfører ca. 35 lungetransplantasjoner i året ved Rikshospitalet, så dette skjer ikke hver dag.



Foto: Marte Nordahl

15:30 Magen rumler etter operasjonen, og jeg spiser mens jeg kan. På menyen er det kalkungryte, som jeg spiser sammen med noen sykepleiere på avdelingen.

15:45 Etter noen bomturer bort til postoperativen for å snakke med den nyopererte pasienten, finner jeg hen til slutt på intermediærposten på lungeavdelingen. Vi snakker om operasjonen og jeg informerer om at den var vellykket. Hen har epiduralbedøvelse og lite smerter.

16:00 Jeg forbereder meg til morgendagens operasjon av en hjerteklaff. Etter å ha sett igjennom angiografibilder av kransårene og ultralyd av hjertet, går jeg igjennom inngrepet sammen med pasienten – hva vi skal gjøre, hva som kan forventes samt mulige komplikasjoner. Vi forsøker å tilpasse informasjonen til hver enkelt og ta hensyn til hvor nervøse de er. Denne pasienten er ikke særlig engstelig.

17:00 Kortvakta starter, og jeg har ansvar for intermediæravdelingen og toraksintensiv 2. Avdelingen drifter to egne, høyspesialiserte intensivavdelinger som vi på vakt har ansvar for. To av pasientene har fått utført en transapikal kateterbasert implantasjon av aortaklaffer (TAVI). En tredje pasient har gjennomgått omfattende hjertekirurgi. Pasienten har ingen stor blødning, og hjerterytmen er fin. Selv om utviklingen er god, kan vi først få et helhetlig bilde av nevrologisk status når pasienten våkner til skikkelig.

18:00 Jeg fortsetter å se til pasienter både på intermediær- og intensivavdelingen. I korridoren møter jeg på kollegaer som jeg snakker med om dagens operasjoner. Mellom slagene slapper jeg av på kontoret og leser litt nettaviser. Før jeg ser til pasientene en siste gang, går jeg på nytt innom stue 6 for å se hvordan lungetransplantasjonen går. De nærmer seg ferdige.

21:00 Arbeidsdagen er over, og jeg hutrer meg ut i regnet mot trikken, som jeg rekker på minuttet. Jeg er hjemme i løpet av en halvtime.

21:30 Min samboer og jeg spiser kveldsmat, og jeg får en oppdatering om dagen hans. Heldigvis jobber jeg ikke like sent hver dag. Vi ser en episode fra siste sesong av «The Crown» på Netflix.

22:30 Jeg sovner raskt. At jeg har et godt sovehjerte og får sove på og etter vakt, er en suksessformel.

Publisert: 2. mars 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0117
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.