

Innan ni tar ner flaggan och överger det gamla huset



*Jan Eklund, anestesiläkare Karolinska
Sjukhuset 1961-1986,
chef CIVA 1972-1986*

Med lätt förundran har jag då och då passerat de två monumentala byggnader som nu rest sig på var sin sida av Solnavägen, nya KS och KI:s aula. Jag känner inte alls igen mig längre och kom därför att tänka på att ni alla som nu skall flytta ut från de gamla lokalerna kanske skulle ta en minnesvända i dem innan de försvinner. Jag hoppas att ni ursäktar att det mest blir ”doktorsminnen”.

Hösten 1953, då jag första gången tog mig till anatomen på KI för upprop, fanns bara de ursprungliga, vackra och harmoniska, tegelbyggnaderna på KI campus och naturligtvis det gamla ”Snusket” där vi så gärna åt lunch (som vid sekelskiftet 1700-1800 ägdes av balettmästaren vid Operan, GB Ambrosiani, och som nu lyckligtvis är byggnadsminnesförklarad). Nu är KI-miljön oåterkalleligen demolerad. Där NKS nu vuxit fram fanns (lyckligtvis) bara ”Protesvallen” alltså en mindre idrottsplan att direkt förstöra, men visst har KS/KI:s tidigare harmoniska tegelmiljö nu slutligen fullständigt brutits upp. Kanske till mångas glädje, dock inte min.

Under byggtiden har jag ”tråcklat” mig fram till centrala KS och F2 byggnaden genom det vidunderliga landskapet av gamla hus och större och mindre nybyggen i skuggan av Thorax bl. a. en gång då vi, ett 15-tal gamla kurskamrater, högtidlighöll att det var 60 år sedan vi började på KI. Jag har sett min gamla arbetsplats på Norrbackainstitutets ortopediklinik om inte helt försvinna, så i vart fall bli radikalt amputerad. Allt gör ett förvirrande intryck men vi skall ju alltid hoppas att allt som sker är till det bättre, så jag kan bara önska alla lycka till på den nya arbetsplatsen.

Dock känner jag ett behov att påminna er lite om det som varit och vill föreslå några minnesvärda platser i de gamla husen värda att ”vallfärda” till för anesthesi- och intensivvårdsklinikens personal innan ”34-an går i himlen in” (Citatet kan gälla både gamla KS och er skrivande gamle kollega).

Där allt började

För att kunna orientera mig (och dig) har jag använt översiktskartan över KS (Solna) se nedan. Vi börjar givetvis i byggnad A2 på plan 6, dvs. i nuvarande ortopedoperations lokaler vilka ju förr var centraloperation. Då Du kliver ur hissarna i övergången mellan A2 och D1 på medicinsidan ser Du snett framåt höger dörren in till Torsten Gordhs första expedition. Vid sjukhusets planering var utrymmet avsett som bostad (dubblatt) för översköterskan på den medicinska privatavdelningen (M8). Hon (och alla andra) skulle ju alltid finnas till hands. När tiden gick och hon kunde flytta ut ur livegenskapen fick Torsten överta ytan som blev hans chefsrum ända tills han slutade 1974. Där fanns även plats för en sekreterare, som då jag började 1961 var Solveig Lagerqvist. Hon var länge klinikens enda oumbärliga administrativa resurs, som renskrev avhandlingar på skrivmaskin och handritade grafer för publicering.

Går Du åt vänster tar Du vad som alltid varit den legala personalvägen till kirurgoperation. Väl omklädd och inne skall Du (nu går jag helt efter mitt minne eftersom jag inte haft äran att besöka avdelningen sedan 1986) ta dig fram till "centraltorget" med det stora tvättrummet och sköterskeexpeditionerna. I dessa härskade under min underläkartid (1961-65) den legendariska operationsöversköterskan Gunnil Björk och vår Gunvor Wikström. Gunnil var ett arbetsledarfenomen för sin tid, trevlig, bildad och skarp vilket kunde behövas eftersom hon hade ett antal akademiska överläkare, vilka alla bara prioriterade sig själva, att tampas med. Beträffande anestesijuksköterskorna så minns att när jag började 1961 arbetade dessa bara på centraloperation och var förutom Gunvor bara 3-4 stycken. På alla andra operationsavdelningar assisterade vissa av klinikernas operationssköterskor under anesthesierna.

Det historiskt viktigaste rummet här är den så kallade *narkos-skrubben*, om den finns kvar. I den fick den första tiden all anesthesiutrustning plats. Lika viktiga, eller viktigare, är ändå de fyra förberedelserummen. För dig är de kanske naturliga om än dumt belägna eftersom man måste dra sövd/bedövad patient över korridoren, men rummen var på den tiden innovationer, som gav lugn och ro i förberedelsearbetet. På andra avdelningar fick vi ju förbereda och söva/bedöva på operationssalen.

På denna avdelning opererade alltså inte bara kirurgkliniken utan även den stora kirurgiska Garnisonskliniken, vars chef var Sture Rödén, sedermera chef på Danderyds sjukhus, vars vårdavdelningar upptog hela östra vingen (E1) och dessutom den urologiska kliniken vars vårdavdelningar, som luktade coli-infektion lång väg, då låg centralt i A2 på plan 1. Man var faktiskt runt 1960 tvungen att stänga dessa under flera månader för att städa ut resistenta bakterier

Karta över Karolinska Sjukhuset (beskuren)



Ett något skrämmande förhållande var att det precis mellan dessa avdelningar i centrum av A2 fanns två små personhissar med vilka man från bottenvåningens korridor (och avdelningarna ovanför) kunde gå in centralt på operationsavdelningen vid stora tvättrummet, utan någon som helst sluss. En natt 1961 då jag ville ha bakjourens synpunkter på ett operationsfynd (jo jag blev nästan färdig med en kirurgutbildning innan jag kom på bättre tankar) kom denne ut ur denna hiss med cigaretten fortfarande glödande, krängde på sig en grön rock utanpå kostymen kom i på salen tittade, gav ett råd och avvek samma väg efter 30 sekunder!

Om Du så går österut mot hus E passerar Du på sydsidan de två rum där professor Gustaf Giertz och hans urologer bedrev endoskopisk kirurgi. Går Du vidare ut genom patientslussen kommer Du till området där nästa avsnitt utspelas.

Innan ni tar ner flaggan och överger de gamla husen, 2. Om CIVA och akuten.

I förra avsnittet slutade jag i hallen utanför kirurghissarna mellan A2 och E1. 1957 försörjde denna hall patienttransporterna till och från centraloperation. Här låg också den privata kirurgavdelningen K8 med sitt patientsolarium. Där fanns givetvis även avdelningssköterskans dubblett. 1961, då jag återvände till KS som vikarierande underläkare på kirurgen, var solariet omvandlat till ett uppvakningsrum och dubbletten på väg att bli embryot till en intensivvårdsavdelning. Gradvis tog sig anestesivårdsavdelningen sedan vidare österut in i K 8, som stängdes då privatvården avvecklades. Vi fick tillgång till ett konferensrum, första rummet på vänster hand, där dagens arbete fördelades varje morgon (inga fasta placeringar i början). I det rummet prövade jag och Börje Hallén Halothane – Börje inhalerade och fortare än jag fattade så sov han och ”tappade” huvudet! Senare blev rummet platsen för de morgonmöten CIVA-läkarna hade med kirurgerna.

Så småningom byggdes hela avdelningen om till intensivvårdsavdelning d v s CIVA med 5 isoleringsrum och en 4-patientsal, mest använd för postoperativ vård. Det var här vi lärde oss



Författaren "in action"

intensivbehandling den hårda vägen, inte sällan via ”trial and error”, läkare, sjuksköterskor undersköterskor och inte minst alla extravak utan vilkas insatser nattetid avdelningen inte hade fungerat.

I den östra flygeln (E1) finns även andra platser att besöka. På bottenvåningen låg akutmottagningen, ett förvåningsvärt litet utrymme med endast ett större rum för akutkirurgi. Där skulle förutom lilla kirurgin även alla traumapatienter omhändertas. Detta

gjorde att vi knappast kände oss välkomna när vi jobbade med att få en traumapatient transportabel. Kön av enkla (betalande) fall växte ju. Det krävdes en del tålamod att stå emot främst den legendariska syster May när hon stod i dörren och knäppte med foten. Det var egentligen märkligt eftersom just hon hade egna vårderfarenheter från Koreakriget och troligen hade sett flera traumapatienter än jag någonsin gjorde, men hon var kanske krigstrött. Så det var bara att "ta patienten och dra" till CIVA, röntgen eller C-OP, allt efter behov.

Att akutmottagningen var så liten hade sin förklaring. Fram till 1984 var ju KS ett statligt sjukhus och samarbetet med landstinget mycket säreget. Vi hade inget eget upptagningsområde även om det sades att vi främst tog patienter mest från Solna och Sundbyberg; och eftersom klinikcheferna ville styra intaget för att ge plats åt sina remisspatienter mottogs akutinläggningar synnerligen motvilligt, särskilt nattetid. Detta visste ambulanspersonalen och de körde inte så gärna dit med traumafallen. Större lokaler behövdes alltså inte förrän 1984 då KS blev landstingsägt. Men då hade vi fått vår nya akut (F1).

En liten oas fanns i bottenvåningens korridor på andra sidan kirurgentrén, där kirurgernas expeditioner låg. Det första rummet på höger hand (mot ljusgården) var jour-rum för jourhavande kirurgkandidat. Dennes absolut viktigaste uppgift var att om kvällen runt 21 ordna fika och smörgås åt husets alla jourhavande. Det var kanske inte så populärt men de lärde sig också mycket av det gäng som samlades och diskuterade varje kväll. Tyvärr var ju vi anestesiologer ofta upptagna på annat håll. Den kanske mest celebre kamrat man kunde träffa där var Sven Seldinger som lärde oss att göra perkutana kateterinläggningar och som troligen fortfarande är Sveriges vetenskapligt mest citerade kliniker. Opretentiös och lyckligen utan akademiska karriärambitioner drog han så småningom till landet och gjorde Mora lasarett känt över hela världen.

Till lokaler i våningen ovanför akuten utlokaliserades efter några år urologens cystoskopi-avdelning, en enhet som ofta blev första etappen på den unga anesthesiologens frigörelse och naturligtvis en träningslokal för spinalanestesier. En speciell krydda blev också kontakten med Gustaf Giertz' genomtrevlige biträdande chef Bodo von Garrelts, en stor historieberättare som lärde mig att det viktiga inte är antalet historier man kan utan att man skall variera sin publik. Han var en bra och cool kirurg, endast en gång en morgon såg jag honom så skakad att han bara sjönk ner på en stol då han kom in. Då han nyss skulle passera in genom kirurgingången på baksidan, smällde det till alldeles bredvid honom. En patient hade slängt sig ut från takterrassen på 7:e våningen!!

Innan ni tar ner flaggan och överger de gamla husen. Gyn-, öron- och ögonoperation.

Nu tar vi en tur över till A-huset, alltså den del av KS som har vacker utsikt över Norra begravningsplatsen och Haga. Några kanske minns den dåliga gamla vitsen från Serafen: "ju sämre sjukhus desto större begravningsplats". Några större vallfärdsplatser för anestesiologer

finns kanske inte där, men där fanns tre operationsavdelningar dit den unga anesthesiologen sändes ut efter summarisk utbildning. I starten kändes det som om Torsten försedde en med en skylt på vilken det stod narkosläkare och sedan puttade iväg en. Det märkliga var att han ändå alltid fanns där och lika märkligt ofta stod han i dörren just som det började trassla. Lika konstigt var att man accepterades som en viktig medlem av operationslaget nästan redan från start.

Att detta avsnitt mest kommer ha en läkarvinkel har en enkel förklaring. På dessa operationsavdelningar hade anesthesiavdelningen inga sköterskor utan vi fick förlita oss på hjälp från klinikens operationssköterskor. Vissa av dem inriktade sig på detta, men var alltså inte specialister. Ni skall också minnas att man alltid var ensam och att närmaste erfarne kollega befann sig antingen på centraloperation eller inne på CIVA. Blev man som sådan larmad gällde det både att springa fort och att kunna den snabbaste vägen.

De unga adepterna brukade starta sin ”odyssé” på **Gyn-operation** där den anesthesiologiska svårighetsgraden ansågs vara lägst, utom naturligtvis när det smäll till med akuta snitt eller liknande. Operationsavdelningen låg en trappa upp i A1 huset med förlossningen i våningen under. Att bli placerad där under 1960-talet var mest irriterande. Anestesierna var i och för sig ganska enkla och gynekologerna opererade inte särskilt mycket. Tyvärr hade de heller ingen känsla av att opererande var ett prioriterat arbete utan något som skulle klaras av så fort som möjligt på morgonen. Därför blev det ofta så att man kunde ha ett jobb klockan 0900 (sällan tidigare), nästa 1030 och så ett vid tvåtiden. Dessutom var det i allmänhet cheferna (docenterna) som opererade och de hade vanligen mycket lite till övers för unga gröna narkosläkare.

Själv upplevde jag det lite som en straffkommendering. För att bemanna denna funktion mer permanent gjorde Torsten flera ansträngningar. Han skickade först Marc Adner, till (tror jag) Victoria Apgar i New York och senare Patrick Belfrage någon annanstans i USA, men ingen av dessa värvningar blev särskilt lyckad. Adner övergick till CIVA och Belfrage sadlade om och blev som ni vet obstetriker. Den förste som tog jobbet på lite mer permanent bas blev Hasse Lewerentz (även en tid läkare för fotbollslandslaget) som dock också han så småningom försvann till Oskarshamn (och vidare till Norrtälje). Riktigt uppstramat blev nog arbetet på Gyn-op och BB först när Lars Irestedt kom dit.

Öron-operation på plan tre i hus A1 hade och har ju en fin utsikt över norra begravningsplatsen. Under de första åren av 1960-talet leddes kliniken av den vänlige professor Torsten Skoog och ”sov” kirurgiskt - i stort - en törnrosasömn med måttligt stora kirurgiska ingrepp utförda i närmast krypfart. De få parotidektomier som gjordes skedde genom att friläggningen av nervus facialis började perifert och det var vanligt med radikaloperationer av mastoiditer som pågick timtals i sömngångartakt. Här samarbetade vi med Örons operationssjuksköterskor, det tog lång tid innan detta ändrades. Dock var det några som nästan enbart sysslade med anesthesi och som var väl kvalificerade.

Detta sakernas tillstånd förändrades totalt när Professor Carl Axel Hamberger anlände från Göteborg 1961 tillsammans med (nu sticker jag ut hakan) en av de absolut bästa kirurger jag samarbetat med - Eric Fluor. Hamberger hade helt andra perspektiv och drog omedelbart igång med såväl större tumörkirurgi som sin specialitet: transnasal hypofysresektion/ectomi. Detta sammanföll med att jag nådde kompetensnivån Öron och alltså skulle sköta denna operationsavdelning ensam. Det blev en rivstart! Först började det med en parotidectomi där jag sövde ner patienten och i vanlig ordning ställde in mig på att operationen skulle ta åtminstone timmen. Efter 25 minuter ropade man att operationen var klar, Fluor startade ju från facialisroten och arbetade sig utåt och hade allt dissekerat och klart på nolltid.

Ganska snart fick jag på mornarna ”dra igång” på tre salar, verksamheten pågick i hög takt hela tiden och någon lunchpaus bjöds inte anestesiolagen på. Tvärtom drog Hamberger igång en skopi-verksamhet som i allmänhet två gånger i veckan omfattade 5-6 patienter per tvåtimmars-session. Kul, men någon lunch i matsalen blev det aldrig. Med viss skamkänsla måste jag bekänna att de små ”skrapbarnen” i början blev ganska åsidosatta.

Hambergers mål var att starta ett samarbete med Rolf Luft och snarast återuppta sina transnasala hypofysoperationer. Det tog ett tag men efter något halvårs förberedelser drog vi igång dessa onekligen ganska komplicerade ingrepp. Hamberger var ju en ganska stor person som tog bra med plats (inte bara fysiskt), så det blev inte mycket utrymme över för oss, men det gick och var en bra utmaning. Carl Axel och jag drog ganska jämnt och han behandlade mig efter ett tag med mer respekt än sina egna läkare! En gång skar det sig dock! Vecko-Journalen var med för att göra reportage om samarbetet mellan Hamberger och Luft beträffande hypofyskirurgin (fotograf Lennart Nilsson). Vi hade precis startat och jag kunde gå ut för att fika. Nästan omedelbart blev jag tillbakaropad av en ilsken syster Eivor, det hade kommit en ”liten doktor” som trängt undan henne och börjat ta blodtrycket på hennes patient. I reportaget som kom fanns så en bild av en opererande professor Hamberger och en övervakande professor Luft. Vi var inte så glada, och någon ursäkt fick vi inte!

En tredje operationsavdelning fanns två trappor upp, **Ögonoperation**. Under 60-talet var denna klinik ingen opererande klinik. Vi var där bara en dag i veckan, onsdag, och då jag blev biträdande överläkare på ortopedoperation/Norrbacka 1965 kom denna dag besynnerligt nog att tas från ortopedtjänsten, något jag hade svårt att förklara för kollegorna på Norrbacka. De opererade ju alla dagar och onsdagen var dessutom ”yngste docentens” enda operationsdag! På Ögon var det praktiskt taget enbart fråga om korta narkoser vid oftalmoskopier på barn med retinoblastom, en ganska dyster sysselsättning. Det var en lång rad vanligen pojkar - små kerubliknande lintottar, vars livsöde var ytterligt ovisst! Dessutom förekom även en del skelningsoperationer, men aldrig någon av de nutida rutinoperationerna.

Precis som på Öronkliniken slog dock ”blixten ner” 1974, även då i form av en professor från Göteborg – Björn ”Nalle” Tengroth. Han gjorde kanske inte några större avtryck kirurgiskt sett men rörde om desto mer administrativt. Dels efterträdde han Hamberger som chefläkare, dels

arbetade han fram ögonsjukhuset S:t Erik. Tyvärr fortsatte han i raden av chefläkare som hade tveksam inställning till anestesi och akutvården. Det började redan med urologen Gustaf Giertz som ville utreda om de olika kirurgiska klinikernas underläkare kunde återta en del anestesiuppgifter eftersom ”anestesiavdelningen höll på att bli för stor”. Så kom Hamberger som tyckte att det fungerade utmärkt med anestesiservice av underläkare på Öron och aldrig med specialistläkare, som ju var dyrare! Tengroths främsta insats blev att så småningom stänga Löwenströmska lasarettet.

För övrigt hade anestesi inte särskilt mycket verksamhet i denna del av huset. Ganska frekventa var dock akuttryckningar ner till röntgen, mest på grund av jodöverkänslighet eller vasovagala reaktioner. På röntgenplanet finns dock strax vid hissentrén en numera dold sevärdhet. Ta korridoren mot medicinsidan och titta upp mot taket i det stora röntgenarkivet (första dörren på vänstersidan). Om inte någon vandal har varit framme är detta prytt med rader av målade växter – troligen medicinalväxter. Rummet var i tidernas segregerade begynnelse sjukhusets läkarmatsal. Otidsenligt men praktiskt, nära till och framför allt utmärkt för snabba konsultationer kolleger emellan.

Innan ni tar ner flaggan och överger de gamla husen. Brännskadeavdelningen och barnkliniken.

Brännskadeverksamheten

En verksamhet i den gamla huvudbyggnaden var den vid Brännskadeavdelningen. Från allra första början, på 50-talet, var denna ett samarbete mellan allmän- och plastikkirurger och avdelningen låg, även fysiskt, i inom den ”garnionskirurgiska” delen. Den förste kirurg som intresserade sig för denna speciella patofysiologi var Lars Troell (kirurgdocent och blivande marinöverläkare). Då jag kom till anestesi 1961 hade avdelningen flyttats till den medicinska privatavdelningen bortanför Torstens gamla expedition på plan 6 D1 huset. Avdelningen var nödortfiktigt ombyggd och uppfyllde knappast ens basala krav för vård av denna svårighetsgrad. Vården var väl ”up to date” men utvecklingen tog ordentlig fart först när Sten Otto Liljedahl – Battis kallad – tog över det kirurgiska ansvaret 1958.

Battis (han hade verkligen varit trumslagare i sin ungdom hemma i Motala) samarbetade med den nya generationen ledande plastikkirurger – Bengt Nylén och Bengt Körlof – och med föreståndaren för Gustaf V:s Forskningsinstitut, Gunnar Birke. Denne var viktig eftersom forskningsinstitutet därmed för första gången kom att hysa även kirurgisk forskning och gruppen blev viktig för starten av all traumaforskning vid KS. Deras arbete ledde så småningom till att KS tillsammans med Akademiska sjukhuset i Uppsala under några årtionden blev ledande inom brännskadebehandlingen i Sverige och t o m i världen.

Vi anesthesiologer blev mer och mer engagerade i denna vård, först Marc Adner och Lars Westermark och senare även jag som mellan 1967 och 1970 gjorde mitt avhandlingsarbete där.

Det blev många ganska dramatiska insatser och den initiala chockbehandlingens framgång hängde ofta på de centrala venkatetrar som vi försörjde patienterna med. Den initiala chockbehandlingen liknade den nuvarande medan den allmänna sårbehandlingen följde den så kallade Bagdadmetoden med varmluftstält för att minska risken för sekundärinfektioner. Excisioner och transplantationer påbörjades senare än nu. Det var patientens vård i ”den torra ökenvärmen” som utlöste de tillstånd med hypernatremi som Liljedahl engagerade mig och Per-Ola Granberg för att hitta orsakerna till.

Tyvär försvann ”Battis” till en professur i Linköping där han byggde upp en ny brännskadeenhet. Som ni vet kom ju brännskadevårdens vara eller inte vara på KS-Solna att diskuteras ända fram till 2006 då den slutgiltigt gick storstaden Stockholm förlustig. Detta trots att staden fortsatt är en ”huvudleverantör” av sådana patienter, även om de mest är av den dystra sorten som ofta orsakas av social misär. Eftersom jag gjorde min vetenskapliga start inom detta område är jag naturligtvis väldigt glad över anestesi-klinikens klara satsning på just trauma och noterar med tillfredsställelse att intresset för njurfunktion kvarstår inom kliniken.

Barnklinikerna

Från start hade KS en barnklinik och en barnkirurgisk avdelning av hög klass (med regionansvar) men utan ansvarig anestesilog även om kontinuitet alltid eftersträvades. I början på 1960-talet tillskapades en biträdande överläkartjänst med Åke Wåhlin som förste innehavare. Han blev färdig tandläkare men växlade tidigt över till läkarbanan och blev efter Olle Norlander den förste akademiskt drivande av Torstens Gordhs adept. Han gjorde sitt doktorandarbete om succinylcholin och blev Stockholms tredje docent i anesthesiologi. På barnklinikerna blev hans första arbete naturligtvis att organisera verksamheten men hans kanske viktigaste insats där var den forskning han initierade tillsammans med Ludvig Okmian (se mer nedan). Hans tid på posten blev ganska kort. I mitten av 1960-talet övergick han till en överläkartjänst som inrättats vid centraloperation och snart därefter engagerade han sig i planerandet av det nya undervisningssjukhuset i Huddinge vars förste anestesichef han blev 1972.

Arbetet på barnanestesi övertogs så av Börje Hallén som gjorde en mycket bra insats, samtidigt som att han genomförde sitt avhandlingsarbete om datoriserade anestesijournaler, men sektionen fick efter ett tag en mycket erfaren chef från Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus - Alvar S Swensson. Han startade som barnkirurg men fascinerades snart av anestesi och intensivvården. Han var redan vid tillträdet en legendar och hans namn fanns med på författarlistorna på de allra första svenska artiklarna om användandet av Engströmrespiratorn inom barnsjukvården. Alvar var en underbar man och hans omsorg om sina små patienter var gränslös. I mitt minne finns dels bilden av honom då han med sina stora händer pysslar med ett nyfött barn, dels då han unnade sig att sjunka ner i den gamla slitna fåtölj som var hans, för lite vila i fikarummet.

Eftersom jag så tidigt koncentrerade mig på öronklinik och redan 1965 ”utlokaliserades” till Norrbacka blev mina erfarenheter från Barn ganska begränsade, men att som juniorjour på kallelse nattetid vandra/springa genom kulverten över dit var i början något man gjorde med

kluvna känslor. Visst fanns alltid bakjourshjälp, i hemmet eller på väg in, men med ökande rutin växte snabbt ansvaret. Det blev många nätter som tillbringades i de absurt små operationssalarna med den vackra utsikten över Hagaparken och Brunnsviken. Naturligtvis var fallen vanligen ganska enkla mask- eller intubationsanestesier där det gamla Ayersystemet drevs med tummen, som ibland fick behålla ett avtryck i dagar, men det var operationerna av de nyfödda med ösofagusatresi eller diafragmabråck, som fick adrenalinet att rinna till, särskilt när man fått förtroendet att klara dessa själv.

Så länge jag fanns kvar på KS fanns ingen samordnad intensivvård på Barnklinikerna, utan kirurger och medicinare vårdade sina svårast sjuka barn på någon av sina egna avdelningar ibland även respiratorfall. Detta kan verka märkligt men barnen fick aldrig dålig akutvård eftersom läkare som Ludvig Okmian (Sten Lindahls handledare i Lund), Peter Karlberg med flera alltid bedrev en för tiden högklassig vård. Denna ”anomali” ledde dock till en del akutinsatser som jag aldrig kommer att glömma och som nattetid kunde leda till språngmarscher genom kulverten till Barn för våra jourer.

Jag minns t ex. larmet: ”*det ligger en slang ovanpå respiratorn och pyser*” från en skrädd barnsjuksköterska. Efter en snabb förflyttning dit fann jag att slangen var venturisingens drivslang d v s den enda som inte hade någon egentlig betydelse - som hade lossnat. Vårre var att den patient med Pickwicks syndrom jag just kopplat bort från respiratorn uppe på CIVA inte mådde särskilt bra då jag kom tillbaka! Av detta följer att vi helst tog även de svårast sjuka barnen till CIVA, men fallen var få.

Dock har jag ytterligare några oförglömliga minnen från barnklinikerna. Det fanns en annan enhet som ofta behövde vår hjälp – **Barnröntgen**. Bl.a. vid dåtidens ”nervpirrande” luftencephalografier där de små intuberade patienterna med slangar och allt skulle ”roteras hit och dit och t o m voltas runt” för att få den injicerade luften dit den skulle i ventrikelsystemet – en pärs och mardröm för varje ung anesthesiolog!

En tidig extern hjärtmassage. I mitten av 1900-talet hade Stockholm en barnkardiologi i världsklass med kardiologer som Edgar Mannheimer, radiologer som Ulf Rudhe och fysiologer som Bengt Jonsson. Även när Rudhe och Jonsson flyttat till thoraxklinikerna fortsatte en kvalificerad utredningsverksamhet vid barnkliniken. Denna skedde vid röntgenavdelningen med hjärtkateterisering och central angiografi. Den senare som alltid avslutade de långvariga undersökningarna krävde en fördjupad sedering med en kort anestesi. En sådan session gav mig någon gång 1962 ”mitt livs anesthesiupplevelse” (eller en av dem!).

Den aktuella lilla patienten (3 - 4 år) hade ett allvarligt vitium – troligen en ventrikelseptumdefekt - med en påtaglig voussure med synliga prekordiala hjärtrörelser, något som troligen räddade hans liv. Då det var dags för angiografien gav sjuksköterskan den lilla dos narkotal (ASTRA:s variant av pentotal) centralt i hjärtkatetern som då backats till ett förmaksläge. Patienten somnade inte varför jag ordinerade ytterligare en liten dos. Den gavs,

patienten somnade och röntgenproceduren startades. Som vanligt sprang alla ut ur rummet utom jag som kröp in bakom den blyskärm som anestesiologyn hade som "räddningsplanka". Vi såg alla ett oförändrat EKG på monitorerna medan (tvåplans) serieexponeringen dundrade på (kassetterna matades fram mekaniskt). I halvdunklet såg jag då plötsligt att patientens prekordiala pulsationer gradvis upphörde trots att ett oförändrat EKG tickade på. Märkligt nog begrep vi omedelbart vad som hänt. Sköterskan erinrade sig att hon inte "flushat" den långa katetern efter den första dosen varför patienten i ett svep fått den dubbla dosen. Denna och angiografimedlet hade deprimerat myokardiet och vi hade ett "muskulärt hjärtstillestånd". Eftersom detta var i den externa hjärtmassagens "gryning" satte vi i gång med detta och kunde under några minuter studera hur det tömda hjärtat satte igång att pumpa ut i aorta, men också hur det åter långsamt vidgades igen. Efter ett antal kompressioner (tömningar) och vad som verkade vara en evighet (5-7 minuter) skedde en normalisering och vi kunde avsluta proceduren. Jag gick upp till Torsten, rapporterade och åkte hem ganska skakad! Torsten däremot gick som vanligt ned till Läkaresällskapets tisdagsmöte och annonserade stolt att det vid hans klinik denna dag hade räddats ett barn med extern hjärtmassage. Rapporten finns i sällskapets historiska handlingar och refererades i Läkartidningen.

**Innan ni tar ner flaggan och överger de gamla husen.
Norrbackainstitutet ("Vanförestalten"), Karolinskas ortopedklinik.**

"Nya Karolinska Solna 2010-08-16 Bygginformation: Rivning av S1-flygeln, Norrbackainstitutet: I samband med byggnationen av Nya Karolinska Solna (NKS) kommer S1-flygeln i Norrbackainstitutet att rivas. Nedan följer information om hur rivningen kommer att gå till och hur den kommer att påverka intilliggande verksamheter i övriga Norrbackainstitutet."

Som ni förstår av ovanstående citat kan alltså varken ni eller jag ta oss till denna, en av Karolinska sjukhusets gamla operationsenheter, eftersom den inte längre finns. Därför får min berättelse om denna och ortopedkliniken – om ni ursäktar - bli mer självbiografisk.

På hösten 1965 – långt innan jag blivit specialist i anesthesiology – tillkom en anestetitjänst som biträdande överläkare med placering vid Norrbackainstitutets ortopediska klinik. Dessförinnan hade denna service skötts först på konsultbasis (Ulla Gordh var den första konsulten) och senare genom en underläkarplacering 2-3 dagar per vecka.

Jag hade då, som "senior underläkare", med sammanlagt maximalt 3 års anesthesiology haft en närmast permanent placering vid öronklinikerna och trivts bra där, men jag kunde naturligtvis inte låta bli att söka en högre tjänst och genom en hårfint bättre tidsmässig meritering än Börje Hallén fick jag tjänsten som i teorin var mest jämförbar med en lasarettsläkartjänst på ett mindre landsortssjukhus men i praktiken innebar betydligt mera inskränkta befogenheter. T.ex. sköttes operationsavdelningen finansiellt helt av Norrbackainstitutet d v s av en annan statlig myndighet genom ortopedchefen. En myndighet vid vilken jag alltså närmast fungerade som en utlånad

tjänsteman utan egentligt drift- eller budgetansvar. Dessutom hade jag ålagts att en eftermiddag i veckan (onsdagar) arbeta på ögonoperation och hade kvar mina övriga bakjours- och administrativa uppgifter. Dessutom var ju kliniken helt skild från KS av den kuperade parken, innebärande att alla patienttransporter till t. ex CIVA krävde ambulans.

I byggnaden fanns förutom den ortopediska kliniken även en internatskola för ”vanföra” med lektionssalar, yrkesskola och verkstäder för tillverkning av hjälpmedel. På skolorna gick ungdomar med många olika kroniska sjukdomar bl.a. inte så få unga pojkar med progressiv muskelpares. Då dessa pojkar blev sämre sköttes de på en vårdavdelning ledd av en ung barnläkare, Åke Lundberg. Hans uppgift var inget jag avundades honom och de kliniska diskussioner vi två hade har kommit att prägla hela mitt liv som läkare. De patienter han fick att vårda levde ju bland kompisar drabbade av samma öde och tillsammans var ute på en resa som bara hade ett slut. Åke och hans arbetskamrater gjorde ändå fantastiska insatser ända in i det sista.

Men min huvuduppgift var ju operativ anesthesi. Den ortopedi som bedrevs i början var helt väsensskild från dagens akutinriktade ortopediska kirurgi. Man ägnade sig nästan enbart åt skelettsjukdomar inklusive tumörer, korrektiv kirurgi av medfödda missbildningar eller åt reparativ kirurgi efter ”misslyckad” (termen var professor Fribergs) akut skelettkirurgi utförd av allmänkirurger, som ju i början av 1960-talet skötte all frakturkirurgi. Alltså en helt annan verksamhet än dagens ortopedi.

En annorlunda operationsavdelning

Klinikens operationsavdelning var belägen på första våningens numera rivna västra vinge mellan läkarexpeditionerna, röntgenavdelningen och den stora gipssalen på ena sidan och föreläsningssalen med biblioteket på den andra sidan. Detta innebar att de två operationssalarna endast avskildes med en enkel glasörr och ett utrymme med autoklaver och sterilförråd och en liten bänk där jag bl. a. korstestade det blod som behövdes. Genom korridor och ”sängväntrum” passerade gladeligen studenter från såväl Serafimerlasarettet som KS till föreläsningarna i ortopedi och i det fina biblioteket som var öppet för alla, drack varje morgon alla doktorerna kaffe. Märkligt nog noterade man inte några påtagliga infektionsrisker av detta, vilket ju faktiskt borde varit troligt i denna skelettkirurgiska miljö.

På operation arbetade en översköterska (syster Kerstin) och en ansvarig anestesisköterska (syster Florence ibland kallad FNUX efter en akronym ur hennes egenhändigt konstruerade anestesiregistreringssystem). Dessutom ytterligare en anestesisköterska (syster Lillemor – som egentligen också hette Kerstin men som bytt till sitt andra namn för enkelhetens skull). Vidare fanns 1 – 2 operationssjuksköterskor, två sjukvårdsbiträden och ett ekonomibiträde. Detta var ”det hele”! I allt var det ett ytterst kompetent och sammansvetsat gäng, som arbetade enligt principen: *Här är dagens operationsprogram och det skall vi köra igenom.* Alla visste precis vad som skulle göras och aldrig upplevde jag varken före eller senare en mer flexibel och effektiv organisation.

Den ortopediska kliniken

De sista åren på 1960-talet var fortfarande Karolinska institutets dåvarande rektor professor Sten Friberg aktiv klinikchef och som sådan en mycket imponerande figur, för mig mest ihågkommen som prinsessan Sibyllas ständige kavaljer vid nobelfesterna och den första kollega som jag vid lunch kunde möta på väg till golfbanan. Till skillnad från klinikcheferna på KS var han även chefläkare. Friberg gjorde sällan några nerslag på operation där han mest utförde hallux valgus-ingrepp. Mina minnen av honom är förutom detta två rätt fantastiska händelser. Den första hade en ung operationsassistent (en av de första utexaminerade) Christina i huvudrollen. Hon stod klar för att ta emot professorn för att assistera honom för första gången. In i stora tvättrummet, som saknade dörr mot operationssalen, kliver så Friberg och börjar som han brukade byta från gatu- till operationskläder. Vi äldre som hade resignerat brydde oss inte men Christina gick i taket och skällde ut honom. Professorn blev paff såg ut som en våt hund (i kalsonger) och lovade omedelbart att aldrig mera göra så.

Christina blev tyvärr inte kvar så länge, Linjeflyg lockade med en flygvärdinneutbildning. Då hon var färdig med den och just hade börjat tjänstgöra kom hon och hälsade på. Hon tyckte naturligtvis att det nya var spännande men hennes viktigaste budskap till oss var ändå: "När jag berättar om mitt arbete här förstår de mig helt enkelt inte! Varken vad vi gör och vad som krävs av personal på en operationsavdelning. Att arbetet fortgår till dess att operationen är klar och att strykningar på programmet inte är acceptabla. Om max-arbetstiden i flygbranschen överskrids, om så bara med 8 minuter, kräver de avtalsvila och ställer bara in flygningen!" Så vitt jag vet stannade hon i sitt nya yrke.

Den andra händelsen inträffade 1968. Då var det livligt i studentvärlden, kårhusockupationen hade just avslutats med att deltagarna marscherat ner mot riksdagshuset och även på KS var stämningen "hög". På Norrbacka rådde ännu en nog så strikt hierarki och läkarna hade ett eget långbord i matsalen där professorn "tronade" på kortändan (det skall dock sägas att samma uppdelning fanns även på KS fast då genom att matsalar var "kategoriserade"). En lunch när Sten Friberg som vanligt satt och underhöll sig med kollegerna kom en arg ung studentska fram och skällde ut både honom och oss för att vi isolerade oss från folket. Den då nästan pensionsfärdige Friberg blev alldeles paff och kom sig inte på att överhuvudtaget säga något. Då studenten tågat ut och lugnet åter lägrat sig upplyste den nog så skarpe Ulf Nilsson sin chef om att "den unga damen som var den som på TV bars på axlarna ner mot riksdagen, faktiskt var en representant för Sveriges äldsta adliga familj". Då tappade ortopedchefen hakan!

Den operativa verksamheten

Utvecklingen inom ortopedin flöt långsamt. Operationsprogrammen fylldes mest med korrektiv kirurgi där de största ingreppen gällde skoliosbarn (vilka opererades i två seanser med omkring 14 dagars mellanrum), höftartrodeser och enstaka större tumörkirurgi, men försök med höft- och

knäproteser började. Tyvärr var det tidiga protesmaterialet ganska dåligt och resultaten problematiska. Det dagliga arbetet sköttes mest av docenterna Ulf Nilsonne och Hilding Wetzstein. Ulf var "hårt ärftligt belastad": hans pappa Harald Nilsonne var också ortoped och länge överläkare och medicinskt ansvarig på Eugeniahemmet. Ulf var ansvarig för barnavdelningen och tillsammans med honom fick jag många goda men även några bittra erfarenheter av behandling av sarkombarn. Hilding, vilken precis som så många andra, snabbt försvann "ut i provinsen", till Kalmar, var den som startade höftproteskirurgin. Även om de första resultaten var "sådär" var de ändå ett stort steg framåt för oss som tidigare enbart haft att göra med steloperationer eller s k Girdlestoneoperationer ("slinkledsoperation").

"Ensam anestesilog på eget sjukhus"

För mig blev arbetet helt annorlunda än tidigare - allt skulle jag ju klara helt själv - preoperativa bedömningar, anestasier inte bara på operation utan även vid polikliniken, röntgen och ibland på gipsalen samt postoperativa kontroller. Preoperativa besök på avdelningarna var svåra att hinna med så bedömningen fick schematiseras genom ett formulär för inläggande läkare. Arbetet underlättades dock av att sjuksköterskorna på avdelningarna var rutinerat observanta och hörde av sig om ett speciellt besök var nödvändigt. Akuta medicinkonsultationer (från KS) tog sin tid och var inte populära bland ortopederna.

Lite "kul" var det dock att komma upp på den stora salen med 8 sängplatser (för män naturligtvis) på avdelning 5 och ägna sig åt "katedral" anesthesiologisk information och inte sällan även lite "allmän ortopedisk folkbildning" ofta blandat med beska uppmuntrande kommentarer från medpatienterna. Ibland fick jag t o m tala om vad patienten skulle opereras för.

Anesthesiologiskt var jag ganska konservativ, mina tankar uppfylldes ju av doktorandarbetet. Dock fanns det en mycket god anledning till det, vi var ju så få och det fanns ju ingen annan uppvakningsenhet än sängvånthallen. Sålunda var det nödvändigt att använda Torstens grundprincip i arbetet: "Välj en regionalanestesi om det är möjligt, men om Du väljer en narkos: sov så att patienten slår upp ögonen när hen läggs över i sängen men ändå är smärtfri". Därför blev det mycket regionalanestesi och jag blev sen med att t.ex. börja använda neuroleptanalgesi som på KS introducerades av Emeric Gordon.

Inte heller blev jag särskilt positiv till metoden då jag snabbt fick uppleva de negativa sidoeffekterna av droperidol, som jag en mycket kort tid använde som ensamt premediceringsmedel. Först kom en ung assistentsköterska upp från barnavdelningen med en liten patient som fortfarande ett par timmar efter anestesi var "stel som en pinne" i famnen med kommentaren: "skall det vara så här". Sedan kom en ung man in för att vi skulle ta bort osteosyntesmaterial. Han ville absolut träffa narkosläkaren och då jag kom sa han bara: "Du får använda vilken metod Du vill men jag vill absolut inte ha den där sprutan jag fick före operation förra gången. Jag har aldrig upplevt en sådan ångest som den gav mig, det var som ett snälltåg

kom och körde över mig”. Efter vissa justeringar blev den nya metoden dock något av en standard.

Samarbetet med kollegerna flöt för det mesta gnisselfritt men en konflikt fick jag dock klara av. Inom Stockholmsområdet fanns vid denna tid en del kliniska obalanser. En sådan var förhållandet att ”Norrbackaortopederna” (liksom många andra av landets ortopedier) aldrig haft någon akutverksamhet utan bara sysslat med vad som kallades kall ortopedi. Under 1960-talet började detta förändras och någon gång under den sista halvan av årtiondet gjordes plötsligt en överenskommelse mellan Friberg och professor Curt Franksson om att akutfallen från Serafimerlasarettet skulle föras över till Norrbacka för de akuta ingreppen. En viktig orsak till detta var att Franksson ville ha mer kapacitet till den ökande transplantationsverksamheten. Tyvärr gjorde man detta utan att informera mig så plötsligt dök dessa patienter bara upp, relationerna blev lite ansträngda under några dagar!

Nya ”kvastar” från Göteborg

Då Friberg gick i pension fick jag 1969 för andra gången ta emot en ny professor från Göteborg, Carl Hirsch, och livet blev återigen kraftigt förändrat. Precis som Carl-Axel Hamberger var Calle från början Stockholmare men hans återkomst från Sahlgrenska till ”lilla” Norrbacka blev nog en chock och hans grupp. Saknaden av det stora sjukhusets resurser märktes. Introduktionstiden blev en ganska jobbig period för mig eftersom jag också var i slutfasen av mitt avhandlingsarbete, men på något sätt gick det.

Calle, som tillhörde den kända Stockholmsläkten, klarade omställningen bra, men för de kolleger som följde med honom blev kulturkrocken besvärlig, liksom naturligtvis för oss. De var ju vana vid helt andra resurser och upplevde nog oss som ”stenålders”. Ett särskilt problem fick vi med den mest seniore av dessa doktorer som blev nr 3 i rang som ung docent och därför fick en egen stor avdelning och en operationsdag per vecka. I stället för att fylla denna dag med avdelningens operationer började han med att förlägga föreläsningar för sjukgymnaster till samma morgon. Då han dessutom krävde att omedelbart få börja operera då han återkom till kliniken blev vi alltså stående i väntan flera timmar och inte ens hans mycket kompetente avdelningsläkare var betrodd att börja innan. De av er som känner mig kan nog föreställa er vad som hände. Tillsammans med Kerstin och Florence lärde jag honom snabbt vad som gällde i ”Hufvudstaden”. Han anpassade sig och blev till slut en omtyckt klinikchef på ett av stadens sjukhus. Calle, som var en ”internationell stjärna” inom ortopedin, kom jag emellertid väl överens med under de tre ytterligare år fram till 1971 som jag stannade på Norrbacka. Hans plötsliga och alltför tidiga död 1973 kom som en chock för alla.

Mina sista år där fylldes helt av ”pysslet” med att kombinera en solitär tjänst med avhandlingsarbete på Brännskadeavdelningen. Tyvärr fick jag inte särskilt mycket avlastning i detta slit så kvällarna blev ofta långa. Jourkompensationsledighet existerade inte och ALF-

medlen var inte ens en framtida dröm. Det var t o m så kärvt att den dag jag på tryckeriet skulle läsa korrektur på avhandlingen var det bara Torsten som hade tid att hjälpa mig med avlösning. Men jag fick ledigt för att disputerat!

Efter min disputation våren 1970 tog min tid på Norrbacka så småningom slut. Den som efterträdde mig på tjänsten var Magna Andreen, som efter några år fick vara med och marschera över med Ian Goldie och hela ortopedkliniken till KS huvudbyggnad och där etablera sig på den gamla operationsavdelningen 6 trappor upp. Det som nu återstår att berätta om min tid på KS är mina minnen om intensivvårdsverksamheten men dessa får vänta ytterligare någon tid.