

## Öron-Näsa-Halskliniken på Karolinska Sjukhuset

### Minnen och reflexioner



**Magnus Lind**  
Överläkare  
öronkliniken

Jag har skrivit utifrån min minnesbild och mina erfarenheter. Tumörsektionen har därför fått en dominerande plats. Jag hoppas att mina kolleger bidrar med egna kompletterande texter utifrån sina perspektiv. Jag vill förmedla mina personliga upplevelser av en framgångsrik epok. Jag tror att läsaren är mest intresserad av tidsandan, skeenden och erfarenheter.

Med tillägg av sjuksköterskan och avdelningsföreståndaren Lena Nyström

### En annan tid

Gunnar Holmgren (1875-1954) är nestorn inom svensk ÖNH, och han stod byst utanför ÖNH-mottagningen på tredje våningsplanet i huvudbyggnaden, ovanför aulan. Hans största insats var att införa binokulärt operationsmikroskop och otologisk kirurgi i rent operationsfält. Den första professorn på KS, Torsten Skoog, tillträdde 1940. Han efterträddes av Carl Axel Hamberger 1960. Han och Syster Dagny Svensson var starka personligheter som karakteriserar sin tid.



*Gunnar Holmgren. Nestorn*



*Carl-Axel Hamberger. Ledaren*

### Carl Axel Hamberger

Carl Axel Hamberger kom från Sahlgrenska i Göteborg. Han införde avancerad tumörkirurgi, som han studerat under John Conley i USA, till Sverige. Han utvecklade också den transnasala hypofyskirurgin, som blev dominerande under årtionden och var som professor självklart också klinikchef. Ett chefskap som utövades med stor auktoritet, delvis med hjälp av (ett delvis spelat) koleriskt temperament. Carl Axel Hamberger blev chefläkare på KS och hade god kontakt med finansministern Gunnar Sträng, vilket enligt malisen underlättade arbetet att skaffa mer resurser eftersom det statliga sjukhuset förvaltades direkt av finansdepartementet och Gunnar Sträng hade återkommande och smärtsamma besvär av njursten.



*Carl-Axel Hamberger och syster Dagny*

Carl-Axel Hamberger krävde ständigt arbete av sig själv och andra. Han lämnade oftast kliniken kring klockan nio på kvällen. Han passerade då klinikkens akutmottagning och frågade retoriskt om jourhavande behövde hjälp med patienterna. Inte sällan gjorde han som chefläkare oanmälda besök på stora akuten för att kontrollera att verksamheten flöt friktionsfritt. I matsalen fick man veta att kirurgerna tyckte att de kunde sköta sitt arbete bäst själva och inte kunde förstå vad en öronprofessor hade på stora akuten att göra.

Carl-Axel Hamberger meddelade alla yngre läkare att det inte fanns någon fastställd arbetstid; "Ni kan gå hem klockan två på eftermiddagen om ni är klara med arbetet, men själv skulle jag ju i det läget gå till forskningslabbet. Var och en får sköta sin egen framtid. Men om jag någon gång skulle upptäcka att avdelningsarbetet inte är väl skött, att en patient kommer ner till operation utan att allt är väl förberett - då får den skyldige sluta omedelbart och ta tjänst i Korpilombolo. Ni skall ta fullt ansvar för era patienter! En del måste arbeta till klockan elva på kvällen för att klara av det. Andra kan lämna tidigare. Det är efter vars och ens förmåga. Ni går hem när ni vill. Det är ert ansvar! Korpilombolo!" Röntgenronden började 07.30 och vanligen slutade man på kliniken kring 18.30. Röntgenronden var en värdefull daglig utbildning då nattens jourfall och deras röntgenbilder diskuterades. Alla var närvarande och kom i tid. Om man öppnade dörren efter 07.30 blev det ljus i rummet, och man såg syndaren tydligt i dörröppningen.

Lördagar var halv arbetsdag. Det var ingen röntgenrond men man skulle gå rond på sin avdelning klockan åtta. Patienter skulle skrivas ut och epikriser dikteras. Klockan tio var det patientdemonstration i föreläsningssalen. Någon hade i uppdrag att ta en patient med lärorik sjukdomsbild till föreläsningssalen och visa fynden för de andra och sedan redogöra för diagnostik och terapi. Därefter gav en av underläkarna en kort redogörelse för en eller flera artiklar i någon tidskrift.

Stora förändringar började 1970 i och med den så kallade sjukvårdsreformen. En basarbetstid på 42,5 timmar infördes och dessutom en särskild arbetstid (Sarab) som grundade sig på en arbetstidsundersökning. Kliniken fick 9,5 timmars Sarab, således 52 timmars arbetstid utlagt i ett schema. Läkarna blev tidsanställda från att tidigare ha varit uppdragsanställda. Jourkompensation hade införts 1965 och utbetalades ofta i pengar i stället för i ledig tid. Med åren har villkoren för ersättningen omförhandlats och medfört en betydande ersättning i ledig tid.

På sjuttioalet sa den biträdande överläkaren Manne Eneroth i enrum till Carl-Axel Hamberger att ÖNH-kliniken nu var den enda klinik som hade arbete på lördagar och att underläkarna tyckte att det var ganska jobbigt. Men den viktigaste orsaken togs nog aldrig upp; allt fler av de då manliga läkarnas hustrur arbetade och hembiträden hade försvunnit för 20-30 år sedan. På lördagen, efter föreläsningen, rycktes dörren till

föreläsningssalen plötsligt upp och Carl-Axel Hamberger störtade in: "Vem klagat över att det arbetas på lördagar??? Här är väl ingen som arbetar, här är man frivilligt därför att man är intresserad! Men hur kan man vara intresserad på måndag om man inte är intresserad på lördag? Han rusade ut och slängde igen dörren. Tystnad. Några månader senare flyttades lördagsmötena i föreläsningssalen till sen eftermiddag på måndagar.



*Carl-Axel Hamberger leder stor-ronden*

Carl-Axel Hamberger var en mycket kompetent kliniker med gott "kliniskt omdöme". Han gick stor-rond med alla läkare en gång i veckan. En gång frågade vi honom om en gammal patient med avancerad munhålecancer skulle opereras eller behandlas enbart palliativt. "Ta en lungröntgen" sa han till avdelningsläkaren och lämnade avdelningen. "Men lungröntgen är ju redan tagen" viskar han. "Fattar du inte att han vill sova på saken tills i morgon" viskar överläkaren tillbaka. Dagen därpå öppnades dörren till avdelningskorridoren och Carl-Axel Hamberger meddelade: "Vi opererar inte" och stängde dörren. Den kloka klinikern bör undvika onödigt snabba beslut. Kirurgiska machofasoner var av ondo även om teknisk briljans vid operationsbordet uppmuntrades. Hans förmåga att utnyttja kolerisk ilska som maktmedel var fenomenal eftersom han alltid kände när han riskerade att gå för långt eller hade fel och då lugnt vände helt om.

Bakteriell öroninfektion kan tränga in på djupet, irritera innerörat med yrsel som följd och sprida sig till hjärnhinneinfektion eller hjärnabscess. Före antibiotika-epoken dog cirka 30 barn om året p.g.a. öroninflammation bland Stockholms då cirka 600.000 invånare. Men på 1960-talet hade antibiotikan nästan helt eliminerat dessa komplikationer. En inflammation i det lilla mellanörat ger obetydlig påverkan på sänkan, men en mer omfattande inflammation i och kring hjärnan ger klart förhöjd sänka. Vid en stor-rond gick professorn följd av överläkare och underläkare in i den första sjuksalen med sex sängplatser. I säng två till vänster låg en patient med kraftig öroninfektion, yrsel och feber. Han hade kommit in som jourfall dagen innan. "Vad har han för sänka" frågade Carl-Axel Hamberger avdelningsläkaren. "Öhh -- jag vet inte -- jag kan ju inte ha alla laboratoriesvar i huvudet nu direkt på morgonen!". Professorn såg på honom ett tag och bad sedan att få journalen. Där fanns ingen uppgift om sänkan. Carl Axel Hamberger såg ilsken ut, tog journalen, rev den i två delar och kastade dem som makulatur på golvet och lämnade avdelningen. Djup tystnad. Läkarna troppade av. Patienterna låg i sina sängar och tittade i taket. Syster Dagny Svensson samlade in den sönderrivna journalen, väntade ett tag och gick sedan ner till professorn.

Carl Axel Hambergers sekreterare Agneta Thomsson berättade att Syster Dagny la resterna av journalen på hans skrivbord och sa att hon inte brydde sig om vad professorn gjorde med läkarnas anteckningar men att hon vore tacksam om professorn kunde återställa hennes. Då bad Carl Axel Hamberger Agneta Thomsson om tejp och tejpade under tystnad själv ihop hela journalen, räckte över den till Syster Dagny Svensson som tackade och gick tillbaks till avdelningen.



*Carl-Axel Hamberger under stor-ronden*

När jag hade varit på KS några månader förklarade Carl Axel Hamberger på en röntgenrond att vi röntgade bihålor på jourtid alldeles i onödan. "Det finns ingen indikation för att röntga bihålor på nätterna!" Jo det finns en indikation invände jag från bakersta stolsraden. "Hör du inte vad jag säger, det finns ingen indikation!" Jo, jag hör det men det finns en indikation i alla fall! Alla var alldeles tysta. Carl-Axel Hamberger pekade på röntgenläkaren: "fortsätt!". Efter rondan kom professor Gunnar Mårtensson på Tand- och käkavdelningen fram till mig och sa: "Är du inte riktigt klok! Man säger inte emot professor Hamberger". Men i trappan upp till avdelningarna gick Carl-Axel Hamberger fram till mig och frågade: "Vad skulle det vara för indikation?" En patient med svår huvudvärk remitteras från neurokirurgen med frågan: troligen brustet blodkärl under hjärnan som måste operas i natt. Uteslut snarast alternativet infektion i pannhålan som orsak till värken så att vi inte opererar på grund av felaktig diagnos. Man kan inte säkert utesluta pannhåleinfektion utan röntgen. Carl-Axel grymtade: "Hmm, det skulle vara det då". Men sedan dess såg han mig med större intresse. Han uppskattade att man vågade säga emot - men bara om man hade bra argument.

### **Syster Dagny Svensson**

Syster Dagny Svensson var avdelningssköterska på privatavdelningen Öron 4 och när den lades ner flyttade hon till Öron 3 på fjärde våningsplanet i huvudbyggnaden. Hon höll på traditionerna och var nog den enda sjuksköterska som fortfarande nästan alltid hade sin vita sköterskemössa på huvudet. Hon hade som ung haft sin bostad i ett rum med kök och dusch omedelbart utanför avdelningen allt sedan sjukhuset invigdes 1940. Hennes ytterdörr öppnades då rakt ut i korridoren. Hon var vänlig men ganska skarp. När jag som ung läkare kom till KS 1968 och skulle undersöka en patient ställde sig syster Dagny bredvid för att assistera (och kontrollera). När jag på instrumentbordet letade efter det instrument jag skulle ta lutade sig Syster Dagny fram och tog ett instrument, som hon gav mig med fast hand, vänligt men bestämt: "Professor Hamberger brukar ta det här"!

Varje eftermiddag klockan tre serverades kaffe i personalrummet. På bordet låg en ren duk och porslinet var dukat. "Syster Dagny" satt på sin plats invid fönstret och Överläkaren "Docent Fluor" mitt emot. Sedan satt underläkare och därefter sjuksköterskor i åldersordning. Undersköterskor och elever satt tysta längst ner vid andra bordsändan. En gång kom jag in när syster Dagny satt ensam på sin plats. Jag funderade på vad som var artigast och satte mig sedan mitt emot Syster Dagny, som efter en minuts tystnad sa: "Jag tror att doktorn har satt sig på Docent Fluors plats". Jag reste mig bums och satte mig längre ner vid det tomma bordet.

Syster Dagny Svensson var en vänlig och omtänksam men också bestämd person. Hon kunde vara kritisk mot yngre, i hennes tycke slarviga, inte tillräckligt seriösa, allt för gladlynta sköterskor. Hon förmedlade till

oss gamla omvårdnadstraditioner. När jag en gång hade en kraftig, torr laryngit med heshet kallade hon in mig till undersökningsrummet och sa att hon skulle lära mig något som var bra att veta. Hon hällde upp kokhett vatten i en skål, tog fram en handduk och hällde Emsersalt i vattnet. "Böj huvudet över skålen, andas in ångorna med djupa tag när jag lagt handduken över huvudet". Jag andades djupa tag. Efter någon minut kändes det mycket bättre, och rösten klarnade. Ingen bot men väsentlig lindring.

Syster Dagny Svensson hade en särställning på kliniken. På hennes 70-årsdag åkte alla äldre läkare gemensamt till hennes mottagning i en lägenhet inte långt från sjukhuset. Det var fint dukat med broderad duk och vitt porslin med blå dekor. Småkakor på fat, och ömsesidig tacksam omtanke.

### **Kvinnor och män**

Läkarna var praktiskt taget enbart män och det fanns enbart kvinnliga sjuksköterskor, undersköterskor och biträden. Det fanns på 1960-talet ingen separat toalett eller omklädningsrum för kvinnliga läkare. Och det var inte det enda som saknades. Läkarna hade långa arbetstider och jämförelsevis höga inkomster. ÖNH-klinikens kultur var klart elitistisk med höga krav på kompetens och prestationer. Samhällets sociala förhållanden började tydligt ändras från slutet av 1950-talet. Hemmafruarna och hembiträderna försvann samtidigt som beskattningen succesivt ökade. Alla blev tvungna att ta ökat tidsansvar för hem och familj. Männen kunde inte längre utgå från att hemmavarande hustru ordnade med barn och hushåll. Det var inte möjligt att köpa hemtjänster om familjen inte hade goda ekonomiska förutsättningar utöver mannens läkarlön.

En gång meddelade Carl-Axel Hamberger att det blir ett möte i biblioteket om två timmar, klockan 18.00. Jag sa att jag tyvärr inte kunde vara med eftersom jag måste hämta barn på dagis senast 18.30, då dagis stängde. Han svarade snabbt att han inte brydde sig om hur vi ordnade våra privata förhållanden men att jag skulle vara med på mötet. Jag svarade att jag tyvärr var förhindrad och lämnade sjukhuset 18.10. Inget hände. Denna inställning till arbetsplikt och privatliv fanns i tiden, inte bara på sjukhusen utan också i departementen och i de stora företagen. 1980 blev jag den första överläkare på kliniken som begärde pappaledigt vilket beviljades helt korrekt, men med förvåning.

## **Profiler på kliniken**

### **Professor Eric Carlens**

Eric Carlens var en vänlig man som arbetade borta på Thoraxkliniken, där han ansvarade för skopiundersökningar av bronker och matstrupe hos t.ex. lungcancerpatienter. Han arbetade på thoraxkliniken, men tillhörde ÖNH-kliniken som hade ansvaret för denna del av arbetet på thoraxkliniken.

Under 1950-60-talen utvecklade Eric Carlens självständigt en helt ny kirurgisk skopiteknik, mediastinoskopi. Han öppnade huden under struphuvudet och dissekerade en kanal ner i brösthålan för ett mediastinoskop utmed luftstrupens främre vägg av broskringar, ner till de stora blodkärlen. Där luftstrupen delar sig i två huvudbronker finns lymfkörtlar dit en lungcancer först sprider sig. Han tog med skarp tång en provbit och om den vid mikroskopisk undersökning visade sig innehålla cancerceller var kirurgisk resektion av cancer-tumören meningslös. Den hade ju redan spritt sig till brösthålan. Mediastinoskopi medförde en klar risk för livshotande blödningar men många patienter slapp den stora - och då meningslösa operationen i livets slutskede p.g.a. Eric Carlens diagnostiska mediastinoskopi. I en antologi över Karolinska Institutets viktigaste uppsatser publicerad i samband med 200 års jubiléet år 2010 ingår Eric Carlens artikel från 1959. Datortomografin och positronkameran har med tiden minskat betydelsen av mediastinoskopi.

### **Tre överläkare**

Tre överläkare flankerade Carl Axel Hamberger; Erik Fluor, Jan Wersäll och Manne Eneroth. Erik Fluor var en tekniskt suverän kirurg. Han behärskade självklart alla olika ingrepp och det gick fort. Han genomförde resektioner av parotidumörer snabbt och elegant, men möjligen uppkom ibland en svaghet i ansiktsnerven, kanske delvis som en följd av den snabba briljansen i operationssalen. Erik var ganska sträng och krävande men ändå vänlig och hjälpsam. Han värderade den kliniska förmågan högre än antalet vetenskapliga arbeten. Han blev senare klinikchef på Södersjukhuset.

Jan Wersäll hade genomfört banbrytande forskning om innerörats morfologi med den då nya elektronmikroskopitekniken. Han hade ett eget stort laboratorium på Gustav V:s forskningsinstitut (GV), som låg på sjukhusområdet. Han rekryterade nästan alla underläkare till GV, där det skrevs många avhandlingar. När Hambergers pensionering närmade sig började Jan energiskt och framgångsrikt att komplettera sitt kirurgiska kunnande och sin kliniska erfarenhet. Han blev professor på Huddinge Sjukhus och två år senare,



*Jan Wersäll kontrollerar röntgenbilder inför operation*

1975, efterträdde han Carl Axel Hamberger. Senare blev han liksom sin företrädare chefsläkare på KS. I den rollen blev han tvungen att handlägga den s.k. "Sembaffären" med starka etiska konflikter mellan anaestesiologer, sjuksköterskor och kirurger om användningen av ett mekaniskt hjärta i forsknings och utvecklings-syfte. Det slutade med att professor Semb på Thoraxkirurgen tvingades sluta p.g.a. operationer som bedömdes vara oetiska.

Manne Eneroth samarbetade med patologen, klassificerade spottkörteltumörer och skattade deras maligna potential. Manne hade en utmärkt verbal förmåga, både muntligt och skriftligt. Han kontaktade och stöttade yngre kolleger och hjälpte dem att strukturera och formulera sina resultat. De publicerades sedan med författarnamnen i bokstavsordning, en princip som Manne Eneroth ansåg gälla. Han blev professor i Lund 1978.

### **Foniatriska avdelningen**

Rolf Leandersson var chef för foniatriska avdelningen och samtidigt framgångsrik sångare. Som fonioter följde han med när Stockholmsoperans ensemble skulle uppföra Mozarts Trollflöjten på Metropolitan i New York. Den som skulle sjunga rollen Papageno blev sjuk och föreställningen skulle ställas in. Rolf påpekade då att han kunde sjunga rollen, och han fick träna under dagen. Man bad publiken om ursäkt för att en öron-näsa-halsläkare hastigt blivit ersättare i en av huvudrollerna. Efter föreställningen jublade den amerikanska publiken över oförvägenheten och den dolda talangens triumf.

Rolf erbjöds heltidsanställning på Operan med samma lön som han hade på KS. Men han tackade nej till det han egentligen ville - bl.a. därför att operasångare pensioneras så tidigt. Tragiskt nog avled han i malign sjukdom bara några år senare. Han efterträddes av Patricia Gramming, som även hon drabbades av allvarlig sjukdom och avled. Stellan Hertegård från Huddinge sjukhus ledde därefter arbetet med stort bistånd av chefslogopeden Jonas Carling.



### **Audiologiska avdelningen**

Lennart Holmgren var KS:s första audiolog. Bengt Barr blev 1964 överläkare i barnaudiologi och senare professor. Han utvecklade barnaudiologin och deltog i utveckling av verksamheten vid Manilla dövstumskola till en modern pedagogik för hörselskadade. Som audiolog opererade han också öron t.ex. otoscleros. Henry "Hempa" Andersson blev Sveriges första hörselingenjör och senare docent i teknisk audiologi på KI. Bengt Barr efterträddes av Erik Borg som 1989 följdes av Ulf Rosenhall. Yrsel och balansrubbingar blev ett eget område under ledning av Johan Bergenius.

*Bengt Barr undersöker hörseln*

### **Sektioneringen**

För att öka sin kirurgiska erfarenhet förekom det att äldre läkare gick till den som administrerade väntelistan och valde ut intressanta och lärorika fall som man satte upp på sig själv för att få kirurgisk träning. Sådan kan leda till ett allt sämre samarbetsklimat. Man föreslog därför att kliniken skulle delas i fyra sektioner för respektive Näsa-, Öron-, larynx/bronk- och tumörsjukdomar. Var och en av de fyra äldre läkarna skulle då få en egen sektion att ansvara för. Genast invände flera av de berörda att ingen ville avhända sig rätten att behandla patienter inom hela ÖNH-fältet. Det problemet löstes genom åtskillnad mellan *kunskapsansvar* och *driftansvar*. Respektive sektionschef var kunskapsansvarig och skulle tillse att riktlinjerna för vården på sektionen höll högsta internationella standard. Alla överläkare hade emellertid sin frihet att under sitt allmänna läkaransvar behandla vilken patient man ville. Sektioneringen av kunskapsansvaret 1984 löste problemet med att stark konkurrens kan medföra att medarbetare börjar motarbeta varandra. Var och en fick sitt eget revir. Sektioneringen medförde också att driftansvaret till stora delar kunde delegeras till chefssköterskorna på operation, mottagning och avdelningar.

### **Fem docenter**

Några år efter Jan Wersälls tillträde som professor på KS och klinikchef år 1975 fanns fem yngre, disputeerade biträdande överläkare i en tydlig konkurrenssituation. Stig Haglund hade studerat larynx neurologi och efterträdde Eric Carlens som chef för bronko-oesofagologisektionen. Han blev chefläkare på KS 1988-1991 och senare chef för ÖNH på Södersjukhuset efter Erik Fluor. Per Gotthard (Gotte) Lundquist forskade under Jan Wersäll på GV:s innerörelaboratorium och blev 1983 professor i Linköping. Lennart Mendel utvecklade öronkirurgin och blev sektionschef för otologien. Anders Änggård forskade i samverkan med farmakologiska institutionen på KI på nässlemhinnans receptorer och blev sektionschef för rhinologin. Christer Lundberg studerade bihålefyysiologi och bakteriologi. Han blev överläkare på Södersjukhuset och sedan professor i Göteborg. Magnus Lind utvecklade ny isotopteknik för diagnos av hjärntumörer, skelettpåverkan och spottkörtelfunktion och blev chef för tumörsektionen.

### Nästa generation

Jan Kinman hade tidigare tjänstgjort som läkare i FN-trupperna under Koreakriget. Han var en mycket kompetent kliniker som kunde allt om sällsynta syndrom. Han sammanställde resultaten av Carl Axel Hambergers hypofyskirurgi som sin avhandling och blev överläkare på Huddinge Sjukhus. I en yngre generation fanns Richard Kuylenstierna (larynx och oesofagus sjukdomar), som senare blev klinikchef på KS. Dan Bagger-Sjöbäck (öronmorfologi) och Malou Hultcrantz (inneröra) blev professorer på KS. Eva Munck-Vikland (virus och cancer) och Per Stjärne (näsfysiologi) blev adjungerade professorer vid kliniken. Matti Anniko forskade på GV:s innerörelaboratorium och blev 1984 professor i Umeå, senare Uppsala. Aron Sobin (mellanöra) blev divisionschef på KS och slutligen öppenvårdsläkare på läkarhuset i Skärholmen. Göran Laurell (inneröra, livskvalitet) blev professor i Umeå. Christer Carenfelt (infektioner i näsa, bihål) blev chef för öppenvårdssektionen och flyttade senare till Sophiahemmet där han förnyade och utvecklade ÖNH verksamheten. Arthur Nathanson (mellanöra) flyttade till Södersjukhuset. Bo Ahlner (strålskador på spottkörtel) blev senare audiolog. Anders Högmo ägnade sig åt tumörkirurgin. Britt Nordlander (sömnapné) kom från Södersjukhuset och Huddinge sjukhus. Jan Kumlien och Lars Lundblad ägnade sig åt rhinologin. P.O. Haraldsson specialiserade sig på näsplastik, Claes Hemlin (rhinologi) utvecklade i samarbete med Lotta Hesen-Söderman öppenvården och dagkirurgin, som förlades till Danderyds sjukhus. Han utvecklade senare framgångsrikt de nationella kliniska kvalitetsregistren. Bertil Lundberg flyttade från Danderyds sjukhus till tumörsektionen på KS. Georgios Papaziamos tog stort ansvar för kirurgin på små barn och öronkirurgin. Sushma Nordemar (tumörer) blev efter sammanslagningen med Huddinge sjukhus enhetschef för KS-Solna. Marianne Granström var den första kvinnliga läkaren på kliniken och hon drabbades hårdast av kollisionen mellan en kvinnlig läkares sociala förutsättningar och den nedärvda arbetskulturen. Hon flyttade till Danderyd med sitt gedigna kliniska arbete. Där undervisade och handledde hon framgångsrikt yngre blivande specialister i arbetet.

### Professor Illmari Pyykkö

När Jan Wersäll pensionerades tillsattes Illmari Pyykkö som professor 1995. Han kom från Universitetskliniken i Helsingfors och hade tidigare varit docent i Lund. Han handledde ingen doktorand på KS men två i Finland. Efter några år sökte han professuren i Tammerfors och lämnade KS 2002.

Efter honom lades ansvaret för forskning och undervisning på Dan Bagger-Sjöbäck och Malou Hultcrantz fram till 2008 då Lars Olaf Cardell tillträdde som professor och enhetschef vid institutionen för klinisk vetenskap. Detta skedde i samband med att ÖNH-klinikerna på Huddinge och i Solna slogs samman. Sjukhuset hade tidigare genomfört en organisatorisk förändring och skapat en klinikchefsposition vid sidan om professuren. 1997 tillträdde Richard Kuylenstierna som klinikchef fram till 2010.

## Undervisning

På 1960 -90 talen var kursen i ÖNH-sjukdomar två månader lång och gick parallellt med Ögonkursen. En kursledare och en amanuens utsågs till varje kurs. På första kursveckans fredag var det anatomiförhör. Avsikten var att tvinga fram en repetition av anatomin, som är komplicerad och svår att komma ihåg och förstå inom hals, ansikte och öron. Sällan blev någon underkänd. Men senare infördes i KI:s utbildning multiple choice som kunskapstest i ökande omfattning. Faktakunskaperna testades effektivt och kursledaren slapp rätta skrivningar, men många studenter lärde sig att svara rätt i multiple choice snarare än att förstå sammanhang. En kandidat kunde vid vårt förhör redogöra för halspulsåderns förlopp på halsen men inte redogöra för vart den gick eller vilket organ den försörjde med blod. Han fick då veta att man kan bli halvsvigt förlamad om det blir stopp i halspulsåderns blodflöde, men på andra sidan! Varför motsatt sida? Tystnad. Då förhållsledaren förklarade att blodet går till hjärnan och antydde att han borde gå hem och läsa på kom ett indignerat svar: "Men den frågan ingick ju inte i den stencil som delats ut!". Kursledaren förklarade med viss skärpa att läkarstudierna går ut på att förstå sammanhang och kunna resonera medicinskt, inte bara att kunna sätta kryss i rätt ruta på en stencil. Van vid den mekaniska inlärningen hade kandidaten svårt att acceptera att han blev underkänd på förhöret.





*Christer Lundberg undervisar*

Alla kursdeltagare fick under den s.k. spegelkursen praktisk undervisning av amanuensen i hur man använder larynxspegel, örontrattar och nässpeculum. Kandidaterna fick själva undersöka utvalda patienter på mottagningen och komma med förslag till åtgärder. Sluttentamen bestod av en skrivning med resonemangsfrågor och sedan ett muntligt förhör med skrivningen som underlag.

Den kliniska utbildningen för blivande ÖNH-specialister var ostrukturerad och bestod i att man fick undersöka och behandla en stor mängd rutinpatienter med möjlighet att fråga om råd. Under jourtid arbetade man med självständigt ansvar. Varje vecka var det en timmes föredrag eller patientdemonstration med diskussion. Alla fick själva förbereda och hålla egna föredrag. Man fick assistera under operationer och fick först efter ganska lång tid göra enklare operationer själv. När dagkirurgin infördes på ÖNH-klinikens enhet på Danderyds sjukhus skapades en mycket väl fungerande, fokuserad utbildning i grundläggande ÖNH-kunnande och rutinkirurgi. När verksamheten lades ner och överfördes till olika privata intressenter i Stockholm har kliniken fått stora svårigheter att upprätthålla denna utbildning av nästa generation specialister.

## ÖNH-specialitetens utveckling

ÖNH-specialiteten hade växt fram som en underspecialitet till allmänkirurgin. Det stora uppdraget var infektionskomplikationer. Grava infektioner i mellanörat innebar viss risk för inneröredestruktion med dövhet, livshotande hjärnhinneinflammation eller varbildning i hjärnan. Sinuiter kunde ge varbildning bakom ett öga med synförlust eller i hjärnan med delvis förstörd hjärnvävnad och risk för dödligt förlopp. Tonsilliter kunde ge spridning av bakterier i blodet med bakteriell förstörelse av njurar eller hjärtklaffar. Halsböld, varbildning under tonsillen, medförde risk för dödlig blödning från halspulsådern eller blodkoagel i de stora halsvenerna. Infektion i struphuvudlocket, epiglottit, kunde ge svullnad som orsakade kvävning. Svullnad under stämbanden, s.k. falsk krupp, kunde leda till kvävning. Akut trakeotomi var vanligt. Alla dessa tillstånd fordrade mycket snabb handläggning och noggrann övervakning med ganska långa vårdtider. Behandlingen var kirurgisk innan antibiotikaeran.

Antibiotikan reducerade dramatiskt behovet av akutkirurgi och räddade många människoliv. Jouroperationer av öron, oftast s.k. uppmejsling av barnöron, försvann nästan helt. Operation av kroniska bihåleinfectioner i pannhålor och käkhålor minskade. Förekomsten av infektioner i struphuvudlocket med livshotande svullnad minskade, och falsk krupp med slemhinnesvullnad under stämbanden behandlades med kortison och adrenalin. Akuta trakeotomier blev allt färre.

### Tekniska hjälpmedel

Utvecklingen av rak förstörande optik för arbetet med bronkoskop och oesfagoskop underlättade extraktion av främmande kropp ur bronk och matstrupe. Risken för organskador minskade. På 1970-talet gjorde utvecklingen av flexibel fiberoptik det möjligt att med endoskop gå in via näsan, runt gommen och ner i



*Trakealkanyler, gamla av silver och nya av teflon*

struphuvudet och bronkerna för en mer exakt diagnos av misstänkt cancer och provtagning för mikroskopisk undersökning och bakterieodling. Fibertekniken utvecklades succesivt, och de nya instrumenten blev allt tunnare och gav allt bättre bilder, som kunde kopplas till TV-projektorer för undervisning och användas rutinmässigt på mottagningen. De finns nu på alla ÖNH-mottagningar i öppen och slutenvård. Utvecklingen av datortomografi, magnetresonanstomografi, scintigrafi och positronkamera förbättrade diagnostiken dramatiskt. Immunhistokemin förbättrade precisionen i patologernas typdiagnostik. Elektroteknikens stora landvinningar skapade också bättre hörapparater.

### Abrasio, "att skrapa bakom näsan"

Abrasio, att skrapa bort lymfkörtelvävnad bakom näsan, gjordes på 1960-talet i snabb takt. Barnet sövdes till en början med eter på mask och senare med fluothangas, operationsbordet tippades med huvudet lågt, munspärr höll upp munnen och instrumentet med en kniv fördes in och adenoiden skars bort och togs ut med sugen. Fluothanet stängdes av omedelbart före ingreppet, barnet vaknade snabbt och fördes ut ur operationssalen, varefter nästa barn togs in. Man hann med tre till fyra barn i timmen. Risken att adenoiden skulle glida ner i luftstrupen och blockera andningen var mycket liten om operationsbordet lutade tillräckligt mycket. Men en genomgång hade visat att risken i Sverige för död under ingreppet p.g.a. kvävning med adenoidvävnad i luftstrupen var cirka 1/5000, vilket är för mycket. Det rörde sig om friska barn och en måttlig effekt av ingreppet. Rutinerna ändrades och barnen sövdes, intubades och väcktes enligt mer ambitiösa anestesirutiner. Tidsåtgången per patient mer än fördubblades, ett exempel på varför sjukvården blivit dyrare i takt med att även små risker minskas ytterligare.

### Tonsillektomi

Halsmandlarna opererades bort på barn och ungdomar med ofta återkommande tonsilliter. Det var en vanlig operation och genomfördes på vuxna under lokalbedövning med patienten sittande och gapande. Det var ett relativt snabbt ingrepp och patienten slapp illamående och kräkningar som ofta drabbade patienter som sövts med eter på mask, senare fluothangas. Patienterna var ineliggande i 3-4 dagar efter ingreppet p.g.a. risken för allvarliga efterblödningar och sväljsvårigheter p.g.a. smärta. Senare förkortades vårdtiden av besparingskäl och för att patienterna snabbt kunde transporteras till sjukhus med ambulans i händelse av blödning. I dag görs tonsillektomi alltid under fullnarkos och patienten skickas oftast hem efter kort övervakning (Dagkirurgi).



*Sövning med eterdropp på mask*

Frekvensen av svåra tonsilliter och Halsböld minskade med antibiotikan. Det växte då fram en kritik mot att alltför många patienter opererades i onödan. ÖNH-specialiteten gjorde fullt klart att enbart tonsillförstoring utan ofta återkommande infektioner inte var någon operationsindikation. Detta medförde att antalet tonsillektomier minskade. Men minskningen kan också hänga samman med att läkarnas betalning för operationerna ersattes av fast lön. De ekonomiska incitamenten att arbeta är starka men leder inte alltid till effektivare utnyttjande av sjukvårdsresurserna.

### **Sömnapné**

En natt 1981 avled ett barn på KS:s barnklinik utan att det fanns någon rimlig förklaring. Barnläkarna ordnade dagen därpå ett internt möte för att diskutera vad som kunde ha hänt. De ringde till ÖNH-mottagningen och frågade om någon läkare kunde delta i mötet om en halvtimme. Forskning var högprioriterad och det var på den tiden möjligt för mig att lämna mottagningen en timme för att delta i mötet. En barnläkare, Bo Lundell, föreslog att barnets stora tonsiller kunde ha kvävt honom i sömnen. Jag förnekade det spontant. Det fanns inte beskrivet. Men vi kom överens om att undersöka ett antal barn med stora tonsiller och nattliga snarkningar. Sömnapnéen identifierades och redovisades på riksstämman som orsak till koldioxidackumulation och utebliven viktökningen hos apnébarnen. Vi framhöll att nattliga apnéer var potentiellt skadliga och kunde ge hjärtinsufficiens och att de motiverar tonsillektomi för att fria luftvägen nattetid. Då reste sig två ÖNH-professorer och förklarade att resultaten inte kunde vara korrekta. Om snarkning varit farligt skulle de inte kunnat undgå att känna till det. Det var (och det är) svårt att acceptera att invanda föreställningar kan vara helt fel. Men projektet resulterade i att förstörade tonsiller med nattliga andningsuppehåll efter några år blev en av de vanligaste indikationerna för tonsillektomi. Utan frihet att intuitivt prioritera intresset för det okända före mottagningens rutiner så hade mötet inte ägt rum, den spontana frågeställningen inte tagits på allvar och barn med obstruktiva apnéer fått vänta ett okänt antal år på den enkla boten, som normaliserar koldioxidhalten och tillväxten och enligt föräldrarna ger "ett helt annat barn, mycket piggare och med bättre aptit". Britt Nordlander och Danielle Friberg, Christer Carenfelt m.fl. utredde senare snarkning och apnéer hos vuxna och effekten av olika åtgärder. Gomplastik hade initialt en väl dokumenterad god effekt men långtidsuppföljning visade att besvären inte sällan återkom efter några år och att en del patienter drabbades av sväljsvårigheter med regurgitation av mat upp bakom näsan vid sväljning. Detta är ett bra exempel på att nya till synes framgångsrika metoder måste kontrolleras över lång tid.

### **Pediatrik ÖNH**

Avancerad kirurgi på barn i syfte att reparera medfödda missbildningar och iatrogena skador inom ÖNH-specialiteten har utvecklats sedan sent 80-tal i samverkan med bland annat barnkirurgin och i internationella nätverk (Richard Kuylentierna). Intrauterin kirurgi på foster med avancerad missbildning (EXIT) började genomföras med framgång. En särskild grupp med ansvar för större kärlmissbildningar hos barn har också tillskapats på kliniken där Georgios Papatziamos tidigt fick en ledande roll.

## Öronkirurgi



*Komplicerad anatomi. Preparat i Buhlowiska samlingen*

Allt bättre operationsmikroskop skapade förutsättningar för mer avancerad öronkirurgi. Nya metoder att operera otoskleros (förbening och stelhet i hörselbenkedjan) infördes från USA på 1970-talet och operationerna förbättrade patienternas hörsel väsentligt. Kroniska öroninfektioner kunde förstöra hörselbenen. Rekonstruktion av hörselbenen utvecklades, och Lennart Mendel reste till Tybingen i Tyskland för att lära sig nya operationsmetoder och inledde en ny och positiv utveckling av öronkirurgin vid kliniken. Myringoplastik, reparation av hål i trumhinnan, blev en vanlig och allt mer framgångsrik operation p.g.a. flera små operationstekniska förbättringar.

### Hypofyskirurgi

Carl Axel Hamberger hade varit i USA och lärt sig operera hypofysstumörer via bihåla och näsan i stället för med neurokirurgisk teknik via skallkaviteten. Metoden krävde stor anatomisk kunskap och förmåga att genomföra precisionskirurgi genom en trång öppning långt upp genom skallbasen. Livshotande blödningar och skada på synnerven hotade vid operativa misstag. Tumörerna var oftast benigna, men de kunde genom tryck på synnerven orsaka blindhet och deras endokrina aktivitet orsakade ofta jätteväxt (Acromegali). Efter Hamberger övertogs denna avancerade kirurgi av Jan Wersäll och sedan av Anders Änggård, Lars Lundblad och Jan Kumlien.

### Cochlear Implant

Från Houston, USA, rapporterades att man på döva människor lyckats operera in elektronisk utrustning under huden bakom örat. Med en mikrofon och elektromagneter på utsidan kunde man generera elektriska impulser i tunna metalltrådar till hörselnerven. Patienten kunde uppleva ljud! Dessa uppgifter betraktades till en början med all rätt som biologiskt mer eller mindre orimliga, eftersom inneröra och hörselnerv är så extremt komplicerade att enstaka signaltrådar knappast skulle kunna medföra någon meningsfull hörselupplevelse, däremot risk för allvarlig infektion eller tinnitusliknande besvär. Man bestämde att av etiska skäl avvakta med något som betraktades som ansvarslös experimentalkirurgi på människor. Men docent Göran Bredberg på Södersjukhuset opererade in utrustningen och patienten fick en hörselupplevelse som i varje fall kunde göra patienten medveten om t.ex. brandlarm. Efter något år stod det klart att metoden var ofarlig och erbjöd helt döva patienter stora fördelar. Göran Bredberg som börjat med dessa mycket dyrbara åtgärder vägrade emellertid att flytta till KS, som därmed inte deltog i en utveckling som är sensationell i sin förmåga att ge döva en rimligt användbar hörsel.

Dagens "Cochlear Implants" har ett tjugotal signaltrådar, och patienten kan uppfatta samtal. Förklaringen är att hörselupplevelsen uppstår i hjärnan och att hjärnan har stor förmåga att "programmera om sig" och anpassa varseblivningen till den nya typen av signalmönster. Cochlear implants är det största medicinska framsteget under senare år inom ÖNH.

Denna erfarenhet visar att till synes orimliga försök med tveksam etik kan leda till stora framsteg mot alla odds. Detta har under 2015-16 visst intresse då man skall bedöma rimlighet och etiska förutsättningar för kirurgiska försök med en helt oprövad och mycket riskfylld metod att laga defekten i luftstrupen vid livräddande cancerkirurgi. Den baseras på ett plaströr indränkt av odlade stamceller som förväntas växa samman med luftstrupens slemhinna. Alla beslut om oprövade metoder är diskutabla och måste ifrågasättas och godkännas av etisk kommitté. Går det bra har man rätt och går det illa har man fel. Det är lätt att vara efterklok. Det är svårt men absolut nödvändigt att i förväg och med gott omdöme fatta de etiskt rätta besluten. Dessa komplicerade avvägningar mellan kravet att aldrig skada patienten och driften att förbättra för patienten och för kommande generationer fordrar av alla inblandade noggrant genomtänkt humanism och god moral. Processen måste alltid vara transparent och vinna allmänt förtroende. Man får på inga villkor låta sig förledas av strävan efter ära och berömmelse.

### **Näsa – bihålor**

Näskirurgin utvecklades avsevärt. Kunskapen om nässlemhinnans fysiologi och dess stora betydelse för luftpassage, slemhinnesvullnad och infektionsmotstånd ökade. Därigenom förändrades också operationsindikationerna och operationstekniken. Resektion (borttagande) av nässeptums brosk ersattes av septumplastik, där brosket omformas och läggs tillbaka så att näspassagen förbättras utan att slemhinnan drabbas av uttorkning. Lokalverkande kortison i sprayform har dramatiskt minskat behovet av extraktion av slemhinnepolyper. Förekomsten av kroniska bihåleinfectioner har minskat och diagnostiken förbättrats genom möjligheten att föra in tunn optik i bihålorna. Den förbättrade tandvården har minskat frekvensen av rotspetsinfektioner med spridning till käkhålan. Den minskade frekvensen av kronisk bihåleinflammation har medfört att risken för bihåle cancer har reducerats väsentligt.

## **Cancer inom ÖNH**

### **Cancers diagnostik och kirurgi förändras**

KS-Solna hade en tydlig profil med särskild tyngd i cancersjukvården, delvis p.g.a. närheten till Radiumhemmet och den väl utvecklade patologin i samverkan med KI. Eftersom cancertumörer inom ÖNH är svåra att upptäcka och relativt ovanliga kom många patienter in för åtgärd först ganska sent i sjukdomsförloppet. Ju senare behandling desto sämre prognos. En liten tungcancer (T1) hade cirka 80% överlevnad fem år efter behandlingen. En omfattande tungcancer (T4) hade cirka 20% överlevnad. Dessa cancerpatienter förlorade cirka fem procent överlevnadschans per månad. Tidig diagnos och behandling var därför viktigare än aldrig så kompetent kirurgi eller radioterapi.

Cancerförekomst upptäcktes allt tidigare på grund av bättre diagnostik och riktad utbildning. En mycket viktig faktor var de på KS utvecklade finnålspunktionerna. Genom en tunn nål sugts misstänkta celler ut för mikroskopisk undersökning på patologen. Man kunde avgöra om det fanns cancerceller eller inte utan att skära ut bitar med kniv. Eftersom nålsticket var så enkelt togs prover oftare och cancer upptäcktes tidigare. Cancerpatienterna remitterades också in för åtgärd allt tidigare i sjukdomsförloppet som följd av systematisk vidareutbildning av tandläkare och allmänläkare. Boken "Tidig diagnos av cancer inom ÖNH" med illustrativa bilder och texter om tidigsymtom på cancer utarbetades. Utan ASTRA:s finansiella stöd hade boken inte kunnat tryckas. ASTRA:s läkemedelsrepresentanter delade ut boken till allmänläkare och tandläkare samband med informationsmöten om olika mediciner.

Cancers utbredning och spridning lokalt, till regionala lymfkörtlar och generellt i kroppen kunde diagnostiseras med allt större precision tack vare datortomografi, magnetresonanstomografi (MR), ultraljudsundersökning, positronkamera, skelettscintigrafi och punktionscytologi (med eller utan ultraljudsledda punktioner). Den kirurgiska tumörresektionens omfattning kunde beslutas utifrån ett allt säkrare diagnostiskt underlag.

Cancers typ diagnostiseras med allt större precision av patologerna tack vare bättre mikroskop, och nya färgningsmetoder. Immunhistokemiska metoder skapade bättre förutsättningar att bedöma spridningsbenägenhet, recidivrisk och strålningskänslighet. Eva Munk Wikland bidrog på ett betydelsefullt sätt till att fastställa sambandet mellan Humant Papillom Virus, HPV, och vissa former av cancer i munhåla och svalg.

Påvisad förekomst av HPV i tumörer är kopplat till ökad strålkänslighet och bättre effekt av radioterapi. Tack vare HPV-analysen kan kirurgi undvikas i flera fall.

Den kirurgiska tekniken, kniv, sax och pincett, var ju oförändrad sedan årtionden, och det fanns ingen anledning att tro att senare generationers operatörer skulle vara skickligare än föregående generations. Statistiken konfirmerade att överlevnaden varit i stort sett oförändrad för de vanligaste cancerformerna inom ÖNH. Därför började man utveckla möjligheterna att också förbättra patienternas livskvalitet under och efter behandling.

Filosofin hade tidigare varit att om möjligt operera bort tumören med bred marginal (15 mm!). Tumörgränsen bedömdes under operationen genom att man kände efter med fingrarna. Patologisk analys visade att man inte sällan hade känt fel. Tumörceller hade spritt sig till snittytan och fanns således kvar i sårområdet. Filosofin ändrades på 1980-talet. "Bedöm hur mycket funktionsförlust och livskvalitetsförlust patienten rimligen måste acceptera för att öka chansen till överlevnad." Sikta sedan på att operera utmed beslutad funktionsförlustgräns, och inte på att lägga snittet 15 mm från den förmodade tumörgränsen. Ta bort tumörregionen i ett stycke med den maximala marginal som funktionsförlustgränsen tillåter. Detta innebar t.ex. att man före operationen med hjälp av all tillgänglig information om tumörutbredningen bestämmer om en viktig nerv skall sparas eller offras. Om nerven offras läggs snitten utmed nästa funktionsförlustgräns.

Radioterapi utvecklades på motsvarande sätt. Strålfälten avgränsades med allt större precision så att cancertumören fick fulldos även om den växte nära ryggmärg och spottkörtlar som skulle skyddas mot strålskador så långt det var möjligt.

Cytostatika gavs på Radiumhemmet under en period under 1980-talet som tilläggsbehandling (adjuvant terapi) trots att det inte fanns belagt att det hade någon positiv effekt på överlevnaden i dessa fall. Däremot fanns det uppenbara och säkerställda livskvalitetsförluster. Den adjuvanta kemoterapien motiverades då med att det vore oetiskt att undandra patienten möjligheten av att cytostatika kunde ha en positiv effekt på enstaka individer trots att det inte kunde visas statistiskt. På tumörkonferenserna framfördes motargumentet att detta resonemang kunde motivera vilken behandling som helst. Frågan orsakade ett tidvis intensivt meningsutbyte mellan onkologerna och tumörkirurgerna. Några år senare användes cytostatika enbart om positiv effekt fanns dokumenterad, eller i etiskt godkända studier (t.ex. synkron kemoradioterapi).

### **Samverkan med plastikkirurgi och Tand- och käkkirurger**

Carl Axel Hamberger hade redan vid mitten av 1960-talet engagerat plastikkirurgerna Bengt Nylén och Bengt Körlof i arbetet att utveckla lambå-rekonstruktion efter demolerande tumörresektioner. Plastikkirurgerna gavs under 1980-talet ett allt större ansvar för rekonstruktionerna. Tand- och käkkirurger kallades in för att utnyttja deras kunnande om käkkirurgi, bettrekonstruktioner och bettfunktion. Beslutet att involvera andra specialiteter i cancervården var inte okontroversiellt. Professor Manne Eneroth i Lund varnade skarpt för att i andra länder hade ÖNH-specialiteten förlorat cancervården som tagits över av käkkirurger eller plastikkirurger. Man kunde då svara att den dag man undviker samarbete med andra för att man är rädd för deras kompetens, då bör man sluta. Detta borde ju gälla alla i sjukhusvärlden - uppifrån och ner i den hierarkiska pyramiden. Men så var det inte och så är det inte.

### **Fri lambå**

Resektioner av områden med cancer medförde ofta stora defekter och funktionsförluster. Defekterna täcktes fram till 1980-talet av s.k. skaftade lambåer. Pannans hud eller huden över bröstmuskeln löstes från underlaget, roterades in över sårhålan och syddes fast. Lambån fick sin blodförsörjning genom att en del med en större artär och ven inte löstes från sitt underlag. Flera veckor senare hade lambån växt fast och fått ny blodförsörjning. Den grova rekonstruktionen kunde då justeras men efterlämnade ett stort ärr i pannan eller på bröstet. Inte sällan dog lambåvävnad på grund av dålig blodcirkulation och infektion.

I Kina beskrevs den fria lambån, "the Chinese flap". Hud från underarmens insida löstes från underlaget, och artär och ven fridissekerades upp till armvecket och kapades. Den helt fria hudbiten syddes fast så att den täckte sårhålan. Hudbitens tunna blodkärl syddes sedan med tråd tunn som ett hårstrå till artär och

ven på halsen så att blodflödet återkom i den flyttade huden. Denna teknik infördes av plastikkirurgerna kring 1984 och gav dramatiskt bättre rekonstruktionsresultat. Anpassningen av transplanterad vävnad genomfördes dock gemensamt, eftersom tumörkirurgen hade en mer omedelbar upplevelse av operationsdefekten. Man kunde även ta ben från fibula i underbenet med tillhörande blodkärl och göra en ny underkäke. I det transplanterade benet kunde sedan Brånemarks nya titanskruvar fästas och en tandbrygga monteras. Våra patienter med fri lambå presenterades på en kongress i USA och resultaten väckte livligt intresse. Denna kirurgiska utveckling hade stor utvecklingspotential och 2015-16 har man anledning att spekulera över om inte ena lungans stambronk på motsvarande sätt kan flyttas så att den kan ersätta luftstrupen utan omväg över biologiskt avancerad stamcellstransplantation.

## Sårinfektioner

Cancertumörerna kunde behandlas med enbart kirurgi, enbart radioterapi eller oftast en kombination av båda. I USA opererade man vanligen först och kompletterade med strålbehandling. I Sverige ansåg man att strålningen hade sämre effekt i ärrig, dåligt syresatt vävnad efter operation. Därför gavs preoperativ strålning följt av operation, som borde äga rum 3-5 veckor efter avslutad radioterapi. Radioterapin försämrade sårhelingsförmågan och infektionsförsvaret. Postoperativa sårinfektioner var ett vanligt och stort problem, som ökade ju längre man väntade efter sista stråldosen.



### Hygien

På en ÖNH-kliniks mottagning träffar läkarna mängder med kraftigt infekterade patienter. I början lades infekterade patienter också in på avdelningar där också nyopererade tumörpatienter vårdades. Hygienrutinerna förbättrades succesivt under åren och tumörpatienterna fick en separat avdelning vilket minskade risken för infektionsspridning. Men hygienambitionerna motverkades när avdelningssköterskans och sjukvårdsbiträdenas personliga ansvar för att det skulle vara "sjukhusrent" flyttades till ett städföretag med anställda som ständigt bytte arbetsområden i sjukhuset, och inte "fikade" i kafferummet med de övriga. I korridorerna lämnade städmaskinerna dam och skräp i hörnen, som inte nåddes av den roterande borsten. På avdelningen var

det inte alltid rent bakom toaletter och under element. Besökande och patienter anmärkte på att sjukhuset var skitigare än en ett vanligt kontor. Bristen på vårdplatser medförde till och med att nyopererade ortopedpatienter mot allt förnuft ibland lades in på en ÖNH-avdelning med klart ökad risk för sårinfektion.

### Operationsteknik

Den förhärskande operationstekniken inkluderade att man debriderade sig fram genom vävnaderna, d.v.s. förde in saxen och vidgade den kraftigt för att spräcka upp vävnaden i olika anatomiska skikt. När saxens skänklar trycktes så hårt mot vävnaderna att de sprack krossades givetvis mängder av celler. De döda cellerna utgjorde substrat för bakteriell växt under lång tid innan resterna brutits ner och absorberats under sårhelningen.

Jag vistades en tid på Sloan Kettering Memorial Hospital i New York och följde Jatin Shahs operationer. Han hade läst medicin i Indien och invandrat till USA där han med tiden blev chef för Head/Neck-kirurgin på Sloan Kettering Memorial Hospital. Han demonstrerade sin eleganta kirurgiska teknik. Med en liten enkloig pincett tog han försiktigt grepp om vävnad, lyfte och drog den så att den blev spänd. Sedan dissekerade han skarpt med operationskniven i exakt rätt skikt. Med kniven kunde han separera vävnader från nerver utan att skada dem. Det gick därför att spända vävnader brister lättare mot knivseggen än löst liggande. Knivseggen är bara några hundradelars millimeter bred och skadar därför bara ett litet antal celler. Det var inte så svårt att lära sig och vi opererade allt mer med kniv utan hårdför debridering med sax.

### **Nutritionsbehandling**

Patienterna strålbehandlades först och opererades cirka 3 veckor efter avslutad strålbehandling då strålskadan läkt något. Under strålbehandlingens 6 veckor ökade strålskadan i munnens och svalgets slemhinnor vilket gav sväljsmärta och stora svårigheter få ner tillräckligt med mat. Patienterna magrade mellan 8 och 15 kg i samband med strålbehandlingen och de var därför undernärda när såret skulle läka efter operationen. För att undvika denna undernäring startades under ledning av Jörgen Wågermark nutritionsbehandling med kontroll av födointag och viktutveckling. Om vikten föll mer än 3-4 kg fick patienten en nutritionssond via näsan och näringsvätska tillfördes systematiskt. I ett tyvärr opublicerat material fick 10 av 13 patienter i kontrollgruppen utan nutritionsbehandling sårinfektion och den genomsnittliga vårdtiden var 57 dagar. Endast 1 av 14 patienter i den nutritionsbehandlade gruppen fick sårinfektion och den genomsnittliga vårdtiden var 37 dagar. En del patienter med kraftiga biverkningar lades in på tumörsektionens vårdavdelning för nutritionsbehandling och stöd under pågående strålbehandling.

### **Sårsugdränaget**

Införandet på 1970-80-talen av engångs sårsugdränage var ett stort framsteg. Mindre blödningar efter operationen skapade koagel under huden som utgjorde ett substrat för bakterietillväxt. Tidigare hade man lagt ett grovt gummirör in i sårhålan så att blodet kunde rinna ut. Men operationssåren blev inte sällan infekterade, dels därför att vävnaderna var hårt bestrålade och dels därför att patienten rörde munnen och halsen, varvid infekterad sårvätska i dränageröret ömsom sögs in i och ömsom sögs ut ur sårhålan och skapade sårinfektion. Antibiotika cirkulerar i blodet men sprids inte till sårvätskan.

Sårsugdränaget var gjort av plast och bestod av ett "hoptryckt dragspel" med korta plastslangar i vardera ändan. Den ena slangen fördes in i sårhålan genom ett separat litet hål i huden. Dränaget var helt slutet och sterilt. En stålfjäder vidgade "dragspelet" så att undertryck uppstod och sög ut sårvätska från sårhålan och huden sögs fast och fixerades av lufttrycket tätt mot underlaget.

### **Hyperbar syrgas**

Hyperbar syrgasbehandling i tryckkammare infördes via anestesiavdelningen på KS. Tveklöst stimulerades tillväxten av kapillärer i sårområdet av det höga syrgastrycket. Transplantat med dålig blodcirkulation och ofta anaerob infektion kunde i flera fall räddas med pre- och postoperativ behandling i syrgaskammaren (1997).

Det var svårt att dokumentera invändningsfritt men jag uppskattade att sårinfektionsfrekvensen nästan halverades när man införde en kombination av en mindre traumatisk operationsteknik, nutritionsbehandling och slutet sårsugsdränage samt generellt bättre hygienrutiner. Enkla, kliniskt mycket värdefulla åtgärder, vars utveckling inte kunde klassas som forskning. På 2000-talet minskade Radiumhemmets motstånd mot postoperativ radioterapi och man opererar nu oftast i vävnader som inte skadats av strålbehandling, med klart minskad risk för infektioner.

## **Livskvalitet, uppföljning och omvårdnad**

Planering av strålbehandlingen på Radiumhemmet fokuserade på att begränsa strålskadorna så långt det var möjligt genom exakt stråldosplanering. Plastikkirurgerna fick ansvar för att åtgärda de kirurgiska defekterna. Patienter med tal- och sväljsvårigheter på grund av strålning och kirurgi följdes upp av logoped med särskild utbildning i fagologi, sväljkunskap. Patienterna fick talträning och sväljträning efter noggrann analys av sväljfunktion med röntgen och fiberoptisk observation av sväljningen. Kurator Gun-Marie Larsson startade på eget initiativ patientgrupper som träffades regelbundet och samtalade under hennes ledning om alla de sociala och emotionella problem som de oundvikliga funktionsförlusterna medförde.

Sjuksköterskan Ann Langius skrev en avhandling (1995) om dessa problem och visade att patienternas subjektivt upplevda livskvalitetsförlust korrelerade starkare till ett preoperativt psykometriskt test än till den skattade graden av funktionsförlust. Hon använde Antonovskys test som skattar Sense of Coherence, d.v.s. patientens känsla av sammanhang. Om patienten har bra förståelse för hur och varför olika åtgärder och effekter hänger ihop accepteras funktionsförlusterna bättre och den subjektivt upplevda livskvalitetsförlusten blir mindre.



Alla cancerpatienter följdes regelbundet med ökande intervall på mottagningen under fem års tid. Med jämna mellanrum ifrågasattes dessa kontroller av administrationen, som menade att de kunde delegeras till ÖNH-specialister i öppen vård eller husläkare. Det var emellertid självklart att den som ska besluta om tung och demolerande kirurgi också personligen måste uppleva hur patientens tillvaro och livskvalitet utvecklas efter avslutad behandling. Utan den erfarenheten är det omöjligt att göra den viktigaste och svåraste bedömningen av alla när en canceroperation planeras: *”Hur mycket livskvalitet skall patienten offra genast för att något öka chansen till överlevnad på lång sikt?”* Livskvalitetsförlusten är patientens subjektiva upplevelse av den funktionsförlust som läkaren ser och kan mäta objektivt. Denna svåra bedömning är humanistisk, och snarare läkekonst än naturvetenskap. Likväl är den avgörande i cancersjukvård. Den kräver djup personlig erfarenhet och god etik, utöver kunskap och ett vetenskapligt förhållningssätt.

Det var klart att omvårdnaden inte gällde enbart patienten utan också anhöriga, som fick se make/maka eller förälder med hemsk och otäck livshotande sjukdom. Omvårdnadsansvaret för ineliggande tumörpatienter delegerades uttryckligen till vårdavdelningens sjuksköterskor under ledning av Lena Nyström, som mycket framgångsrikt drev igenom parvård, d.v.s. att varje sköterska arbetade i par med en undersköterska. Varje sjuksköterska fick personligt ansvar (PAS, patientansvarig sjuksköterska) för t.ex. fyra patienter. När patienten efter strålbehandling återkom för operation fick patienten samma sjuksköterska. Patienten kunde ringa upp hemifrån och tala med sin sköterska. Ibland följde sköterskan med patienten hem för att informera distriktsköterskan om vårdtekniska problem. Sköterskornas engagemang i arbetet ökade tydligt. Sjukskrivningsfrekvensen sjönk och den genomsnittliga anställningstiden mer än fördubblades. Det var roligt och stimulerande att få arbeta mer självständigt. Lena Nyström hade en utomordentlig förmåga att genomföra dessa nya arbetssätt och samtidigt stimulera de andra att ta personligt ansvar för sina vårduppgifter. Hon hade en genuin och ovanlig ledarförmåga, fri från prestige, och var psykologiskt skarpsynt och rak i kommunikationen.

### Vårdprogram

Under senare delen av 1990-talet utvecklades vårdprogram för de flesta större grupper av patienter. En underläkare fick i uppdrag att gå igenom litteraturen och skriva förslag till vårdprogram för en viss diagnos. Förslaget diskuterades och fastställdes sedan. Dessa projekt innebar vidare en bra utbildning. Vårdprogram för behandling av de många olika tumörtyperna inom ÖNH-regionerna utvecklades under en två-årsperiod på 1990-talet i samverkan mellan KS, HS och SÖS som behandlade cancer. Klinikerna för ÖNH, onkologi, plastikkirurgi, tand och käkkirurgi, patologi och röntgendiagnostik deltog. Arbetet resulterade i en bok med 100 sidor.

## Sammanlagning till Stockholms Huvud- och Halstumörcentrum

På 1970-80-talen fanns det fem ÖNH-kliniker som behandlade cancerpatienter. (KS, HS, SÖS, Sabbatsberg, Danderyd). Eftersom det i Stockholmsregionen endast är drygt 250 nya patienter om året med cancer inom ÖNH verkade man från KS sida starkt för att alla cancerpatienter skulle behandlas på ett ställe. ”Man skulle hushålla med erfarenhetsunderlaget”. Vid den sista fasen i detta projekt skulle Huddinges ÖNH-cancerkirurger flytta till KS, vilket de med viss tvekan tyckte var bra, bl.a. därför att ansvaret för kontinuerlig drift då delas på flera och att alla kan få erfarenhet av flera patienter. Huddinge sjukhusledning motsatte sig emellertid denna överföring med kraft, uppenbarligen av ”sjukhus- chauvinistiska” skäl. En extern konsult, professor Sven Dahlgren, rekommenderade dock sammanslagningen 1996, och den genomfördes utan komplikationer 1998, sex år före den stora sammanslagningen av KS med Huddinge sjukhus 2004. Det då slutförda arbetet att utveckla gemensamma vårdprogram underlättade sammanslagningen betydligt. Alla olika uppfattningar hade ju stötts och blötts, och man hade kommit fram till gemensamma riktlinjer.

En annan orsak till att sammanslagningen och bildandet av ”Stockholms Huvud och Hals TumörCentrum” gick mycket smidigare och med bättre resultat än den senare stora sammanslagningen av HS och KS till en jätteorganisation var att initiativ och genomförande kom nerifrån. Förändringen pådyvlades inte ovilliga läkare uppifrån organisationspyramidens topp utan trovärdiga argument. De båda sjukhusens forsknings- och kunskapsansvar skulle kunna ha samordnats under KI:s ledning samtidigt som driftansvaret för det praktiska genomförandet av sjukvården hade kunna ha behållas i befintlig struktur. Den minsta ansvars-

enhetens storlek bör bestämmas av arbetssociala förutsättningar. Den optimala arbetsgruppens storlek är mellan 10 och 20 personer, vilket är väl känt.

Vi visste att andra sammanslagningar av kliniker hade slutat med starka konflikter mellan läkargrupper. Därför avsattes tid för en daglig gemensam morgonrond i avdelningens mötesrum. Alla patienter gick igenom och alla ordinationer togs gemensamt, ibland efter diskussion. Detta gjordes för att förebygga att någon skulle ändra annan läkares ordination med efterföljande prestigekonflikt, som oundvikligen skulle sprida sig även till sjuksköterskorna. Klinikledningen anmärkte att detta var onödigt slöseri med läkararbetstid. Men det försvarades med att man måste investera tid i samarbetsandan om man vill nå framgång med ett stort omvandlingsprojekt. Efter ett år hade alla förtroende för varandra, gemensamma rutiner var inkörda och hela verksamheten kunde skötas inom en vårdavdelning i stället för som tidigare två avdelningar. Arbetet på vårdavdelningen och operationsavdelningen, samverkan med Radiumhemmet, plastikkirurg, tand- och käkavdelningen och röntgenavdelningen m.m. fick fasta och smidiga arbetsformer.

Från Huddinge kom Jan Lundgren, utbildad i Linköping och Toronto, Mats Liedegran och Gregory Margolin. Bertil Lundberg kom från Danderyd, som inte längre skulle handlägga tumörpatienter, och där slutenvården avvecklades och man in stället startade ett stort projekt för dagkirurgi. Alla beslut om diagnos, klassifikation och behandling togs två gånger i veckan vid gemensamma tumörkonferenser mellan ansvariga ÖNH-kirurger, onkologer, patologer, plastikkirurger och ibland tand- och käkkirurger.

### **Snabbt omhändertagande**

För att inte cancerpatienter skulle vänta i onödan på undersökning och behandling beslutades att alla inkomna remisser med frågeställningen cancer skulle ges tid inom tre dagar, helgen inräknad. Detta medförde att cancermottagningen ibland blev övertecknad och att väntetider uppstod för de som kom för rutinkontroller. Det var emellertid en etisk självklarhet att den cancersjukas behov vägde tyngre än läkarnas och kontrollpatienternas bekvämlighet, vilket de accepterade om de informerades om orsaken. Efter några månader kom en administratör från sjukhusledningen och kritiserade detta. Den snabba handläggningen var oekonomisk eftersom det ibland medförde att flera patienter fick tillbaka sin anmälningsavgift enligt administrationens nya regel att de som väntat mer än trettio minuter skulle slippa betala. Administratören uppmanades emellertid att avskaffa den regel som prioriterar bekvämlighet framför vårdetik och vi fortsatte som förut.

Tyvärr fördröjde väntetiderna på röntgenavdelningen och strålbehandlingen behandlingsstarten med sammanlagt cirka en månad, utan att ÖNH-kliniken kunde göra något åt detta problem, som var sjukhusledningens ansvar. Den rimliga bedömningen är att patienter med cancer inom ÖNH förlorar cirka 5% överlevnadschans per månad utan behandling. Cheferna på röntgen, Radiumhemmet samt sjukhusledningen informerades flera gånger om de långa väntetiderna men problemet kvarstod. Sjukvårdslandstingsrådet informerades utan effekt. Slutligen publicerade jag en artikel på DN-debatt där sjukhusets organisation kritiserades. Vid ett möte i KS Aula rörande en annan fråga inledde sjukhusdirektören med att informera ditkallade överläkare och chefssköterskor om att en läkare varit illojal mot sjukhuset och offentligt kritiserat organisationen. Det var lätt att svara: "lojaliteten mot patienterna går alltid före lojaliteten mot organisationen i enlighet med internationell läkaretik, som stipulerar att en läkare aldrig får avvika från patientens intresse med hänvisning till administrativa eller politiska beslut".

## **Lokalerna**

På 1960 talet fanns fortfarande fyra vårdavdelningar med tillsammans 86 vårdplatser. Avdelning 4 var lite mindre och benämndes privatavdelningen. Där kunde professorn och överläkarna lägga in egna patienter, och där hade man också särskilt vårdkrävande patienter. De andra avdelningarna var inte specialiserade utan tog alla typer av patienter. Först togs privatavdelningen bort på 1970-talet, sedan öronavdelning 3 på 1980-talet. Avdelning 1 blev tumöravdelning på 1970-talet. Vårdtiderna kortades. Tonsillektomi-patienter som legat kvar 3-4 dygn efter operation, skickades nu hem dagen efter operation. Cancerpatienternas vårdtid kortades.

På 1970-talet bedömde sjukhusledningen behovet av vårdplatser efter den procentuella beläggningen. Carl Axel Hamberger informerade då om att t.ex. tonsillektomi-patienter vars utskrivning planerades till lördag förmiddag för säkerhets skull borde få permission över helgen och skrivas ut kommande måndag. Sängplatsen var därmed formellt belagd över helgen. Senare satte sjukhusledningen som mål att vårdtiderna skulle kortas. För att dra in på registrerad vårdtid skulle vi då skriva ut patienterna på fredag eftermiddag, men låta de som behövde gå hem på lördag. Manipulation av spelregler är ingen ny uppfinning.

ÖNH-klinikens lokaler var mycket välfungerande och effektiva. På tredje våningsplanet mitt i huvudbyggnaden låg mottagningen med fyra rum som senare ökades till sex rum. Mottagningen gränsade bakåt till operationsavdelningen som låg över KS:s huvudentré. Föreläsningssalen låg mittemot mottagningen. Biblioteket med ÖNH-tidskrifter, professors rum, läkarnas kontorsrum och sekretariatet låg alla på samma våningsplan invid mottagningen. Arkivet låg intill sekretariatet med alla journaler i hyllor och mottagningsanteckningar på A5 kort i lådor. På andra sidan om mottagningen låg Tand- och Käkkirurgiska avdelningen. Entrén till operationsavdelningen låg mittemot Öronavdelning 1. Via trapphuset eller hissarna kom man till våningsplan fyra där öron avdelning 2 och 3 låg åt var sitt håll. Audiologen med hörseltest låg rakt under mottagningen och två trappor ner låg röntgenavdelningen. Logistiken var närmast perfekt. Oavsett var man för tillfället arbetade kunde man nå allt annat inom en eller två minuter. Om en ung läkare bad om hjälp med en bedömning kunde man enkelt passera mottagningen på väg till operation.

Operationsavdelningen byggdes om först 1982 och mer radikalt 1999. Resultatet blev bländande bra tack vare att operationsavdelningens mycket erfarna och krävande chefssköterska Birgitta Magnusson sitt sista arbetsår enbart arbetade med att formulera krav och bearbeta arkitekternas byggplaner tillsammans med Richard Kuylenstierna. Samverkan mellan arkitekter och sakkunniga brukare är fundamentalt i bygget av sjukhus.

Behandling av cancer i ÖNH-regionerna är högspecialiserad och skall flytta till NKS. Men vi kände inget behov av nya lokaler. De var utmärkt bra bortsett från något bristande rutinmässig ytrenovering. Däremot har vi framfört behov av bättre resurser för röntgen, strålbehandling och patologi och bättre integration med hospicevården och geriatriken. Kraven framfördes upprepade gånger, men landstingsledningen med finanslandstingsrådet och KI:s ledning var mer intresserade av det storslagna i ett helt nytt forskningssjukhus i världsklass. Det skulle vara högspecialiserat trots att folksjukdomarna inte kräver högspecialiserad vård. Men många ansåg att de vanliga folksjukdomarna borde vara de främsta i forskningens och utbildningens strävan efter bättre sjukvård och omvårdnad. Att ett universitetssjukhus måste planeras för forskning som täcker hela spektrumet av sjukdomar, inte bara för den prestigegivande del som kräver teknisk briljans och unikt specialkunnande.

Det var också oklart på vilket sätt patienterna skulle få bättre vård och varför det storslagna var bättre innehållning med allmänna medel än renovering av de gedigna tegelbyggnaderna som har fördelen att en byggnad i taget kan renoveras, samtidigt som verksamheten pågår i andra byggnader. Den kliniska forskningen, undervisningen och utvecklingsarbetet led inte heller av dåliga lokaler.

## Organisation och rutiner

<p>Inkommer för TE,  Väsentligen frisk, ingen allergi.  Frekventa tonsilliter.  Cor , pulm u.a.  Något stora tonsiller,  Urinprov u.a.  Op.:  TE p.v.s. (på vanligt sätt)  O-blödning  Post op. u.a. Hem.</p>
---

### Journalerna

Journaler dikterades och skrevs ut av sekreterarna. Texten var mycket kortare än i dagens journaler. Under 1960-70 talen satte läkaren A-5 korten i en skrivmaskin och skrev själv korta noteringar.

*En tonsillektomi-journal kunde se ut som på bilden till vänster*

Med åren ökade kraven på ordentlig dokumentation, vilket givetvis ökade tidsåtgången för varje patient. På vårdavdelningen rapporterade sköterskorna muntligt till varandra, och först senare kom noteringar på lösa blad. Numera sitter sköterskorna långa tider vid en dator, och mer sällan vid patienterna jämfört med på 1980-talet då man litade på personalen och inte krävde dokumentation av varje åtgärd.



*Arkivet. Poliklinikkort i lådor och journaler i mapper eller pärmar.*

Journalarkivet hade två anställda som sorterade in journalerna på rätt ställe i hyllsystemet. Det förekom att man inte hittade en tidigare journal, men det var ganska sällan. Om journalbladen sorterats i pärmen på rätt sätt så var det mycket enkelt att snabbt finna PAD-svar eller röntgensvar. Det var också enkelt att med rödpenna markera särskilt relevant information, så att den skulle observeras av nästa läkare.

Datajournalerna som infördes hade stora fördelar men saknade översiktlig struktur och möjlighet att markera väsentlig text. De medförde viss risk att viktig information drunknade i den stora informationsmängden. Tyvärr beslutades att datajournalens utveckling skulle styras huvudsakligen av IT-avdelningen. Möjligheten att bygga in olika specialitetens vårdprogram och kunskapsstöd i datajournalerna togs aldrig riktigt tillvara. Universitetsläkarkårens innovationskraft utestängdes.

ÖNH-klinikens tumörsektion och institutionen för informatik på KI utvecklade under några år med stora kostnader ett datasystem som gav information om vilken diagnos, klassifikation och behandling gällande vårdprogram rekommenderade för en patient med de inmatade kliniska fynden. Genomförd behandling och uppföljning kunde också dokumenteras på ett strukturerat sätt Tyvärr förbjöd IT-avdelningen användningen i sjukhusets datorer med hänvisning till att programvaran kunde tänkas störa det stora journalsystemet. Projektets mål var att utveckla en dokumentationsteknik som skulle underlätta datoriserade jämförelser mellan olika kliniker i Sverige (eller Norden) och mellan olika behandlingar. Det var ett stort misslyckande att detta instrument för strukturerade multicenterstudier inte kunde slutföras, men Bertil Lundberg registrerade effektivt basala data från KS så att de kunde presenteras.

Röntgenremisser med frågeställning och diagnosförslag skrevs upptill på A4-papper med genomslagskopia. Nedtill skrevs röntgenläkarens svar. När svaret lästes kunde man momentant se om den egna frågeställningen och diagnosförslaget hade verifierats av röntgenundersökningen eller varit felaktigt. Detta var en utomordentlig vidareutbildning och erfarenhetsuppbyggnad. Men när dataremisserna till röntgen skickades elektroniskt kom röntgenläkarens svar i datasystemet utan koppling till remissens frågeställning och diagnosförslag. Utbildningseffekten hade försvunnit på universitetssjukhuset. När detta påpekades och vi begärde koppling i datasystemet mellan fråga och svar fick vi beskedet att datasystemet var så komplicerat att man inte kunde genomföra några anpassningar. Röntgenchefen höll med om att detta var en försämring. Men man måste gilla läget.

### **Polikliniksystemet**

Polikliniken var under 1960-talet en öppen mottagning. Patienterna anlände oanmälda, tog en nummerlapp och satte sig i väntrummet. Kassan stängdes när det blev överfullt, men läkarna gick inte hem förrän alla mottagna patienter fått bedömning, som givetvis var översiktlig och det blev ofta återbesök. På 1970-

talet infördes tidsbeställning, och läkarna tog upp till tio patienter i timmen, d.v.s. 6 minuter per patient. Senare blev det 10 minuter och på nittioalet 15 minuter per patient.

Den stora fördelen med öppen poliklinik var att patienterna slapp vänta i veckor på väntelistan. Men i gengäld kunde de få vänta timmar i väntrummet. Det är inte självklart vilken väntan som är sämst. Många söker i dag på akutmottagningen med icke akuta besvär för att få snabb vård även om man måste sitta länge i väntrummet.

### **Jourverksamheten**

Jouren delades mellan underläkarna som var jour cirka en gång per vecka. Då stannade man kvar efter arbetsdagen och tog patienter fram till midnatt då man oftast kunde lägga sig och sova på jourrummet. Vi väcktes vanligen 2-3 gånger per natt. Sköterskorna samlade ihop de patienter som kom sporadiskt, så att man kunde sova lite till och ta flera patienter på en gång. På morgonen gick man till matsalen, åt frukost och gick till röntgenronden och dagens arbete. Om jourhavande behövde hjälp kunde man ringa hem till bakjouren vars sömniga röst ibland kunde ha en ton av vresigt missnöje. Som helt ny osäker underläkare på KS ringde jag bakjouren Erik Fluor för att informera om att jag tänkte (och ville fråga om jag fick) göra en oesfagoskopi själv för att ta ut en främmande kropp i matstrupen. "Men varför ringer du mig mitt i natten för att berätta det". Vi fick lära oss mycket därför att vi träffade så många olika patienter, som vi fick handlägga i stort sett på eget ansvar.

Jourhavande fick före sjukvårdsreformen betalt av patienterna. Vid betalningen reste jag mig upp varje gång och tackade. Efter sjukvårdsreformen och med fast lön fortsatte jag att resa mig och säga adjö. Men efter några månader satt jag kvar i stolen och nöjde mig med att nicka vänligt adjö. Kanske började man istället bocka för sjukhusledningen och sjukhusdirektören vars tjänst bytt namn från "Sysloman" till "Direktör". Ett av sjukvårdsreformens politiska syften var att minska läkarprofessionen inflytande och maktställning.

### **Psykologisk belastning**

Under sommaresemestern på slutet av 1970-talet uppstod en allvarlig psykologisk kris för alla sköterskor på tumöravdelningen. En ganska ung cancersjuk kvinna låg moribund på avdelningen i ett groteskt och hemskt tillstånd. Alla sköterskor var yngre än 26 år, och under en morgonrond börjar alla gråta i korridoren. De berättar att de vaknar på nätterna och drömmer skräckdrömmar om patienten. Unga människor har ofta ingen egen erfarenhet av döden, och kyrkan har för de flesta ingen roll som existentiellt stöd. Klinikens kurator Gun Marie Larsson åtog sig att varje fredag eftermiddag vid kaffebordet i personalrummet samtala med sköterskorna om de olika patienter som vårdades och om problemen under veckan. Dessa samtal fick en mycket god effekt, till stor del beroende på Gun Marie Larssons personliga förmåga att avlasta skuld-känslan när man inte orkat leva upp till sköterskeidealen. Hon fick fram att man inte behövde skämmas och att alla längst in kände på samma sätt. Men vi är professionella och måste inför patienterna kunna dölja våra eventuella känslor av obehag och avsmak. Och hon visade att konflikter ofta beror på missförstånd, som kan lösas med öppna, raka men vänliga samtal. Gun Maries närvaro vid dessa öppna samtal hindrade effektivt eventuella tendenser till mobbning av någon mindre populär individ. En ung undersköterska sa: "det är så bra med Gun Maries samtal, man känner sig liksom befriad när man skall hem och fira helg".

Det är väsentligt att sjukhusledningarna har förståelse för och insikt i de psykologiska belastningarna i sjukvården. De förklarar trötthet och motiverar behovet av stöd, kafferum, samtal och för läkare ett avskilt arbetsrum. Mot denna bakgrund var det absurt att ekonomiska krav på att sjukhuset skall krympa sin miljöbudget med några tiotals miljoner vid några tillfällen kunde förmå sjukhusledningen att förbjuda klinikernas traditionella julbord för att spara pengar. Man bedömde att sjukhuset inte hade råd med kaffe, saffranslängd, kakor och fruktkorg på avdelningarna för de sjuksköterskor som lämnar familj och barn på julafon för att ta jouransvaret. Man kan tycka att ett sådant beslut har marginell betydelse, men det är ett misstag. Det har stor symbolisk betydelse, inte som markering av sparbehovet, utan därför att det avslöjar det skadliga gap som ibland uppstår mellan det administrativa perspektivet och den psykologiska och sociala verkligheten i sjukvården.



*Kaffepaus viktigt för arbetsglädje psykologisk avlastning och sammanhållning*

Arbetsglädje, engagemang, ansvarskänsla och lojalitet är sjukvårdens värdefullaste tillgångar. Och de måste vara ömsesidiga. Att bli sedd och uppskattad för dessa egenskaper är kanske det viktigaste incitamentet. Okuniga och omdömeslösa åtgärder kan orsaka väldiga värdoförluster i ett sjukhus. Den som offrat barnens jul kan lätt rycka på axlarna och mumla: "Ska det vara på det sättet! Ja, det finns ju andra jobb". Misstämningen sprider sig lätt och man kommer ihåg den bristande respekten, föraktet, i årtionden.

### **Förändrade incitament**

På 1960-talet var arbete på KS eftertraktat därför att nästan all forskning och utveckling fanns där. Om man ville stanna i Stockholm och få någon form av överläkarsjänst var en avhandling och helst en docentur en förutsättning. Visserligen fick man vanligen högre lön som överläkare i någon mindre stad, men önskan att ta del av utvecklingen och att stanna i huvudstaden var stark.

Jourinkomsterna direkt till läkaren var en betydande inkomstkälla utöver måttlig lön. Sjukvårdsreformen tog emellertid bort det ekonomiska incitament som fanns när läkarna hade rätt att ta betalt direkt av patienterna. Den fasta lönen medförde att det blev svårare att få någon att ta ett extra jourpass frivilligt även om jourkompensation i tid infördes succesivt och gav ackumulerad ledighet. Lönerna var till en början jämförelsevis höga eftersom de hade beräknats med hänsyn till inkomstbortfallet. Men på 1970 och 80-talen urholkade hög marginalskatt och inflation löneläget ganska snabbt.

Den försämrade samhällsekonomin mot slutet av 1980-talet gjordes till motiv att 1990 ersätta rambudgeteringen med detaljerade interndebiteringar av klinikernas prestationer. Bokföringen och faktureringen baserades på DRG-systemet (Diagnos Relaterade Grupper). 1992 publicerades en genomgång av DRG-ersättningarnas dåliga korrelation till den egentliga resursåtgången på ÖNH-kliniken. Möjligheterna att manipulera ersättningssystemet påvisades, men det fick ingen effekt alls. Sjukvårdslandstingsrådet hade ett informationsmöte med KS överläkare i patologens föreläsningssal och informerades om att universitetssjukhusets främsta mål var att hålla budgeten.

Julien 2014 delades en lärobok från Handelshögskolan och KS-ledningen ut till all personal. I den kan man bl.a. läsa att variationen i medarbetarnas tänkande bör minskas och att variation i arbetet hämmar produktionsflödet. Men där fanns inget om nödvändigheten att flexibelt anpassa arbetet till de enskilda patienternas ständigt varierande behov. Och heller inget om att universitetssjukhusets grundförutsättning är att medarbetarna tänker självständigt och ifrågasätter befintliga schematiska regler och rutiner. Kunskaps-gapet mellan ekonomisk professionalism och klinisk professionalism var nästan övertydligt.

Den kliniska kompetensen och det etiska engagemanget är svåra att värdera och nästan omöjliga att kvantifiera - i motsats till den vetenskapliga kompetensen som utvärderas professionellt vid tjänstetillsättningar och som delvis kan kvantifieras genom mätning av antal publicerade arbeten i väl ansedda tidskrifter. Detta utgör ett incitament för läkare att prioritera forskningsarbete framför klinisk kompetensutveckling. Bristande balans mellan klinik, forskning och etik kan få betydande negativa effekter. Universitetssjukhusets främsta mål är bättre sjukvård för alla patienter och bättre hälsa för alla, inom ramen för beslutade resurser. Klinisk forskning är ett medel att nå detta mål. God etik är en förutsättning.

## Reflexioner

Tekniker och attityder ändras dramatiskt men det mänskliga består. Att reflektera över tidigare generationers framsteg, misslyckanden och värderingar ger bredare perspektiv och gör det lättare att undvika framtidens fallgropar. De största medicinska framstegen inom ÖNH beror mest på laboratorieforskning; grundforskning, t.ex. utvecklingen av antibiotika i olika former, eller kortison som dämpar inflammatorisk reaktion, eller protonpumphämmare (saltsyre-hämmare), som botar oesofagit p.g.a. reflux av magsaft upp i matstrupen.

Men summan av många små framsteg har nog gett lika stor effekt som enstaka stora vetenskapliga genombrott. Stegvis förbättring av medicinska rutiner och olika instrument, mikroskop, fiberoptik, röntgenmetoder, hörapparater, cochlear implant, talventiler efter laryngektomi, engångsmaterial, blodprovstekniker m.m. har betytt mycket för både överlevnaden, livskvaliteten och sjukvårdsarbetet. Mindre traumatisk operationsteknik, nutritionsbehandling och det enkla och billiga slutna sårugdränaget och förbättrade hygienrutiner halverade frekvensen postoperativa infektioner i strålad vävnad.

Stegvis utveckling av operationsmetoder har förbättrat resultaten i t.ex. otoskleroskirurgi, rekonstruktion av hörselbenskedjan, pannhålekirurgi, näskirurgi, larynxkirurgi, rekonstruktion med fria vaskulära hudlambåer, rekonstruktion av underkäke, tandimplantat m.m. Fokus har förskjutits så att överlevnad som mål tydligt har kompletterats med livskvalitet. Rehabilitering och återställda funktioner har blivit allt viktigare mål i sig.

Kraven på vetenskaplighet har fört fram begreppet "Evidens-baserad medicin". Evidens baseras på att en åtgärd utvärderats med en statistiskt korrekt metod. Men en mängd medicinska beslut och åtgärder kan inte evidens-baseras, eftersom patienterna är alltför heterogena eller ovanliga.

Man kan jämföra två alternativa vårdprogram på gruppnivå och fastställa vilken metod som sannolikt ger bäst resultat. Men grupperna är sammansatta av individer med varierande egenskaper, och i praktisk medicin måste man anpassa valet av vårdprogram och dess utformning till den enskilda individens fysiologiska, psykologiska och sociala förutsättningar. Denna anpassning är den mest kvalificerade bedömningen och kallas ibland för läkekonst. Om de ekonomiska incitamenten eller rädslan för kritik binder läkarna till fastställda evidensbaserade och detaljerade vårdprogram förlorar man den kanske väsentligaste kvalitetsaspekten; förmågan att anpassa åtgärderna till den enskilda patientens önskemål och förutsättningar.

Detaljerad anpassning till den enskilda individen kan ju självklart inte vara statistiskt evidensbaserad, men "djävulen bor i detaljerna". De detaljerade vårdprogram som gemensamt utarbetades för tumörsektionen betraktades därför enbart som riktlinjer. Den behandlande läkaren hade full frihet att bedöma i vilken utsträckning och på vilket sätt vårdprogrammet skulle tillämpas i det enskilda fallet. Denna individualisering bedömdes vara så svår och viktig att samtliga cancerpatienter diskuterades gemensamt på tumörkonferensen för beslut om diagnos, klassifikation och behandling. Sedan beslutades och genomfördes behandlingen under personligt ansvar av den patientansvariga läkaren.

Sjukhusets administrativa rutiner och incitament har avgörande betydelse för patientvårdens kvalitet. Snedvridande eller demoraliserande incitament måste undvikas, arbetsglädje och personlig ansvarskänsla måste stimuleras. Relativt självständiga arbetsgrupper i storleksordningen 10-20 personer utgör den psykologiskt optimala basenheten i den stora organisationen, såsom "byar i ett stadslandskap". Flera sådana grupper samordnas i kliniker, vars chef ska vara klinisk ledare och ha som huvuduppgift att kontrollera kvaliteten i det kliniska arbetet. Rutinarbetet med klinikens ekonomi bör förenklas och delegeras. Rambudget är enkel, överskådlig och ger full kontroll över kostnader och resursfördelning samtidigt som det professionella ansvaret betonas.

Sjukhusledningen måste inse att det är stor skillnad mellan kunskapsintensiv sjukvård och rutinmässig produktion. Skillnaden är viktig. Ledningen måste ha god kännedom om och insikt i personalens specifika psykosociala villkor. Arbetsglädje har avgörande betydelse för ansvarskänslan och kvaliteten i vården av sjuka

människor. Det skickliga kliniska arbetet måste bli sett och värderat på samma sätt som det vetenskapliga arbetet. I USA har man på många ställen "Clinical professors".

Reflexion över gjorda erfarenheter och ingående, återkommande samtal mellan samtliga väsentliga aktörer med olika bakgrundskunskap bör ingå i all planering av framtidens sjukhus, medicinska undervisning, basal sjukvård, utveckling och forskning.

## KS-ÖNH historia



**Lena Nyström**  
 Chefssjuksköterska

Jag började arbeta 1968 som undersköterska på det fina och berömda Karolinska sjukhuset (KS). Jag hamnade på CIVA där syster Ansje van der Vliet styrde alla med järnhand.

På den tiden sade man inte du till avdelningsföreståndaren eller överläkaren och personalen tilltalades med fröken eller fru. I tolv år arbetade jag där och det var en fantastisk lärorik tid som la grunden för min fortsatta bana inom vården och KS.

Jag gick under 1981 tre terminer på Sophiahemmet på en förkortad sjuksköterskeutbildning för undersköterskor som arbetat inom vården en längre tid. 1982 började jag på ÖNH- klinikens avdelning 1. Där vårdades nästan uteslutande patienter med tumörer och de genomgick stora avancerade operationer.

Avdelningen hade fjorton vårdplatser och bemanningen på kvällspasset var en sjuksköterska, en undersköterska och två sjukvårdsbiträden. På natten var det en sjuksköterska och ett sjukvårdsbiträde. Ibland hade nattsjuksköterskan ansvar för två avdelningar.

Eftersom våra patienter var svårt sjuka började vi prata om att arbeta på ett annat sätt för att kunna ge våra patienter en bättre omvårdnad. 1987 hade en avdelning på Sös och en medicinavdelning på KS börjat arbeta efter en modell från USA kallad "Primary nursing". Det blev grunden till att vi började arbeta med "Parvård" och Patient Ansvarig Sjuksköterska: PAS, som blev två viktiga begrepp.

Parvården innebar att en sjuksköterska och en undersköterska fick eget ansvar för ett visst antal patienter under deras hela sjukhusvistelse. Parvården utvecklades så att vi även gjorde hembesök hos patienter som skrevs ut. Att i hemmiljö kunna informera och svara på frågor ingav en stor trygghet för patienten, anhöriga och distriktssköterskan. Det visade sig att det här sättet att arbeta självständigt minskade sjukfrånvaron och personalomsättningen. Vi fick många studiebesök av sjuksköterskor från andra sjukhus och berättade hur vi arbetade. Vi inbjöds också att hålla föredrag på olika sjukhus i Sverige. Tyvärr var det en del läkare på vår



egen klinik som var emot detta sätt att arbeta. Det hade tidigare varit enklare att fråga avdelningsföreståndaren om allt men nu var man tvungen att söka upp Patientansvarig Sjuksköterska. Men klinikchef Jan Wersäll hade gett mig fria händer att genomföra detta. Med ett fantastiskt stöd från överläkare Magnus Lind och avdelningsläkare Hans Nordemar så fick de som var emot bara finna sig i det nya sättet att arbeta.

I början av 1990 startade vi en viktmottagning på avdelningen för de patienter som före operation gick på Radiumhemmets strålbehandling. Dessa patienter löpte stor risk för viktminskning på grund av sväljsvårigheter orsakad av strålskadan. Ansvarig läkare var Dr Göran Laurell och en sjuksköterska. Denna mottagning har utvecklats mycket genom åren och finns fortfarande kvar på kliniken.

1992 började vi på ÖNH- kliniken att kämpa för att alla avdelningsföreståndare skulle bli chefssjuksköterskor och det var genom klinikchef Jan Wersälls stöd som det kunde genomföras. Det innebar att vi fick totalt personalansvar och till viss del även ekonomiskt ansvar.

ÖNH-klinikens tre avdelningar minskade till två och vi flyttade till nya lokaler på 5 trappor i huvudbyggnaden. Öron 1, tumör avdelning och avdelning 2, rhinologi och öronsjukdomar, samt mellan avdelningarna en enhet för dagkirurgi. Efter några år var det dags igen för byte av lokaler denna gång en trappa upp till 6 trappor. Sjukhusledningen bytte namn på avdelningarna till Avdelning A16a och Avdelning A16b. Nu finns bara en avdelning kvar, A16b.

Klinikens kurator Gun-Marie Larsson och jag samarbetade i många år och hade "kuratorssamtal" på avdelningen en gång i veckan eller vid behov. Tumöravdelningen var en mycket tuff avdelning att arbeta på. Det var tungt att vårda patienter som genomgått stor kirurgi, och ofta hade trachealkanyl och sond. Under dessa samtal fick personalen chans att prata om sina upplevelser och det var mycket uppskattat.

Det var också viktigt att skapa vi-känsla, trivsel och arbetsglädje. Därför var fiket efter rondan väldigt viktigt på vår avdelning. Vi hade ett mycket bra klimat på avdelningen ett fint samarbete mellan all personal. Det är en viktig grund för god omvårdnad.

I samband med sammanslagningen mellan KS och Huddinge sjukhus ändrades även vår kliniks organisation. Jag lämnade avdelning A16b och fick en tjänst som vårdchef för ÖNH- Solna samt Danderyd där det bedrevs en mycket väl fungerande dagkirurgi. Det var tuffa år med svårigheter att få Huddinges och KS:s så olika kulturer att samarbeta. Det blev en dålig ekonomi med nedskärningar som följd. Mitt sista uppdrag på kliniken var att lägga ner Danderyds välfungerande dagkirurgi.

Efter 45 år på KS varav 33 på öronklinikerna så kan jag konstatera att det har varit fantastiska år med glädje, sorg och slit men jag ångrar inte en dag som jag arbetat på detta fina sjukhus som jag lämnade 2013 med stolthet.

Pensionären Lena Nyström

### **Källor**

Carl-Axel Hamberger: Gunnar Holmgren (1875-1954)

Arch Otolaryng-Vol 87, feb 1968

Wersäll, Jan: Karolinska Sjukhuset 1950-1975.

Svensk ÖNH-tidskrift 11:1, 2004.

Stig Haglund: karolinska Sjukhuset efter 1975.

Svensk ÖNH-tidskrift 12:3, 2005.

Thomas Gejrot: Eric Carlens och mediastinologin.

Läkartidningen vol. 79 nr 14, 1982