
Komplekse problemstillinger og delikat kirurgi

ETT DØGN MED

Operasjon av plateepitelkarsinom, svulstforandringer i svelg og samtaler om liv og død. Hverdagen på Rikshospitalet er alt annet enn kjedelig for øre-nese-halsspesialist Ellen Kvestad.



PÅ KONTORET: Øre-neste-halslege Ellen Kvestad har vært fascinert av faget helt siden studietiden. Foto: Caroline Ulvin Johansson

06:15 Jeg vekkes av mannen min som kommer med nylaget kaffe. Vi har en kjapp morgenoppdatering før han sykler på jobb. I dag har jeg vakt og sønnen vår skal trene – noe som betyr sen middag.

06:30 Jeg står opp, dusjer og kler på meg.

07:00 Frokost. Havregrøt (som alltid), i dag toppet med mammas rørte tyttebærsyltetøy. Smører matpakke. Vekker yngstemann.

07:15 Jeg sykler til jobb med lydbok på øret.

07:45 Jeg løper inn på morgenmøtet for vaktrapport og gjennomgang av operasjonsprogrammet og dagens pasienter på dagenheten. Dette er dagmottak for pasienter henvist i pakkeforløp med biopsiverifisert eller klinisk sikker kreftdiagnose. I dag skal jeg assistere en av våre erfarne LIS-leger på en parotidektomi. Hun snakker med pasienten og markerer riktig side for operasjonsfeltet før pasienten kjøres til operasjonsstuen kl. 0755.

08:00 Det gjennomføres røntgendemonstrasjon med gjennomgang av radiologiske funn for dagens pasienter på poliklinikken og dagenheten, i tillegg til bilder tatt på vakt det foregående døgnet og andre elektive bilder.

08:40 Jeg tar en rask tur innom sengeposten for klargjøring av dagens andre operasjonspasient. Her gjøres markering av side og eventuelle avklaringer med sykepleier.

08:45 Jeg rekker en kopp te med kolleger på sengeposten før én etter én blir tilkalt operasjonsstuen.

08:50 Operasjonsstart. LIS-legen har allerede plassert elektroder for nervestimulatoren, tegnet opp planlagt snittføring og lagt lokalbedøvelse. Hun har assistert overlegen to ganger på samme type inngrep ganske nylig, og planen er at hun denne gangen skal operere selv. I tillegg skal en annen LIS-lege, som startet hos oss for to uker siden, være med og observere. Vi diskuterer fortløpende underveis. Hun kjenner de ulike trinnene av operasjonen og tar fornuftige veivalg som gir god progresjon og mestringsfølelse. Det synes jeg er veldig gøy å se! Hun identifiserer ansiktsnerven, og svulsten prepareres ut uten videre dramatik. Underveis har det kommet i alle fall tre telefoner fra dagenheten, så jeg går dit mens de to legger inn dren og lukker såret.

10:45 Første pasient på dagenheten er en mann i 80-årene som fikk fjernet et plateepitelkarsinom i huden ved tinningen for et års tid siden. Nå har det tilkommet en kul i ørespyttkjertelen på samme side, hvor en cytologisk prøve har vist metastase. Han er henvist fra lokalsykehus med tanke på videre behandling. På røntgendemonstrasjonen har vi allerede sett på CT at tumor synes teknisk operabel. Det stemmer med inntrykket fra den kliniske undersøkelsen. LIS-legen har hatt gjennomgang av pasientens komorbiditet og medisiner. Han bor hjemme uten hjelp fra det offentlige, og jeg vurderer ham som godt innenfor å tåle den planlagte kirurgien. Jeg diskuterer dette raskt med en annen kollega, som sier seg enig. Pasienten selv er svært motivert for kirurgi, da kulen er smertefull, og han ønsker å henge med en stund til hvis det er mulig. Hans pårørende har også noen spørsmål som må besvares, og pasienten reiser hjem med avtale om å møte til kirurgi uken etter.

11:15 Neste pasient er en kvinne i femtiårene med en kul på halsen, hvor punksjonscytologi har vist metastase fra plateepitelkarsinom. CT-bildene viser sannsynlig primærtumor i tonsillen på samme side. LIS-legen på dagenheten har allerede tatt biopsi av en klinisk sikker tumor, og den er sendt til patologen. Pasienten kommer sammen med mannen sin. De har en del spørsmål rundt den praktiske gjennomføringen av behandlingen og til prognosen.



DELIKAT KIRURGI: Kvestad er klar for operasjonssalen med lupebriller og nylig skrubbede hender. Foto: Caroline Ulvin Johansson

11:45 Jeg stikker innom «bihulen», som er granskningsrommet til våre gode øre-nese-hals-radiologer. Jeg trenger en ekstra gjennomgang av MR-bildene til en pasient jeg skal operere senere i uka. Også i dag legger de annet til side for å hjelpe. Jeg går derfra med mye lavere skuldre og tenker at jeg er utrolig heldig som får ha et så tett samarbeid med så kunnskapsrike og dedikerte radiologer.

12:10 Jeg tar en rask tur innom koordinator for oppdatering om svar på biopsi jeg tok forrige uke, som bekrefter malignitet, og pasienten trenger time til kirurgi. Det er trangt om plassen på programmet, og det er ikke noe ledig de neste tre ukene slik det ser ut nå. Men endringer skjer raskt, og jeg vet at saken nå er i de beste hender.

12:15 Hyggelig lunsj med kolleger på sengeposten.

12:30 Dagens andre operasjon er i gang. Nå fjernes et plateepitelkarsinom på underleppen hos en mann i 80-årene. Svulsten inntar den midtre delen av leppen, og for å få tilstrekkelig margin må mye av underleppen fjernes. Jeg har fått med meg gode kolleger på plastikkirurgisk avdeling for å gjøre rekonstruksjon av underleppen, slik at både det funksjonelle og estetiske resultatet skal bli så godt som mulig. Det er alltid spennende og lærerikt å operere sammen.

14:00 Møte med MDT (multidisiplinært team), hvor vi hver uke diskuterer kreftpasienter: Øre-nese-hals-onkolog, patolog og radiolog deltar i møtet, i tillegg til øre-nese-hals-lege. Vi diskuterer pasienter som er operert primært, og som kan være kandidater for postoperativ strålebehandling, pasienter som er kandidater for primær strålebehandling, og pasienter med residiv, hvor det ikke er opplagt hvilken behandling som er mest effektiv og skånsom for pasienten. Pasienter som av ulike årsaker er i palliativ situasjon, diskuteres også. I dag er det meldt opp åtte pasienter til møtet. Noen går raskt og greit, mens andre krever litt mer diskusjon.

15:10 Siste pasient på dagenheten er en mann i slutten av 80-årene. Han har den siste tiden kjent på økende svelgevansker og tung pust, og følt at noe «ikke er som det skal være». CT viser omfattende svulstforandringer som strekker seg fra svelget og helt ned mot stemmebåndsnivå. Det er også multiple forandringer på begge lunger, som er svært suspekte for metastaser. Dette betyr at det ikke finnes kurativ behandling. Han informeres om dette og tar det med fatning. Han forteller om et rikt liv med god kontakt med barn og barnebarn, men etter at kona døde har han følt seg mer ensom. Han sier uoppfordret at han ikke ønsker behandling som forlenger livet med plagsomme symptomer, og som gjør ham pleietrengende og avhengig av andre. Han ønsker å fokusere på god livskvalitet heller enn et så langt liv som mulig. Det blir en god samtale om livet og døden og alt imellom.

Alder: 49

Yrke: Overlege ved Seksjon for hode- og halskirurgi, Øre-, nese-, halsavdelingen, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

Tre kjappe

Hvorfor valgte du å utdanne deg innenfor denne spesialiteten?

– Jeg tror det startet allerede i studietiden. Jeg ble veldig fascinert av at det var så variert, og vi hadde gode forbilder blant dem som hadde klinisk undervisning og forelesninger. Da vi fikk midlertidig lisens, fikk jeg jobb på øre-nese-halsavdelingen på Ullevål, og jeg jobbet der i to somre. En dag manglet en av de erfarne overlegene en assistent på en spyttkjerteloperasjon. Da fikk jeg beskjed om å være med – og etter det var jeg solgt. Det var et vendepunkt, og jeg ble helt sikker på at dette skulle bli min spesialitet.

Hva liker du best med din spesialitet?

– Jeg liker kirurgien veldig godt. Det er det primære – det er mye forskjellig, både delikat kirurgi og nervenær kirurgi. Det er både utfordrende og spennende. Også liker jeg at det er pasienter i alle aldre. Alt fra små barn til de godt over 90. Jeg møter mange i løpet av en måned. Det er også en god fordeling mellom enkle og komplekse problemstillinger, som fører til diskusjoner med andre kolleger – som for eksempel andre kirurger, anestesileger, radiologer og kreftleger. Disse tverrfaglige diskusjonene lærer jeg alltid noe av, og det er også det beste for pasientene. Det liker jeg veldig godt.

Hvilke er de største utfordringene?

– Det er jo et relativt lite fag og fagmiljø, som kan gjøre det litt sårbart og avhengig av enkeltpersoner, sammenlignet med de store kirurgiske fagene som har et større fagmiljø å spille på.

15:30 Veiledningssamtale med LIS-legen. Det er ikke noe presserende som må tas opp, men vi holder på vår månedlige avtale. Han har vært hos oss i nesten et år nå og er en skikkelig ressursperson – både faglig og sosialt. Han er snart ferdig med sin spesialisering og skal tilbake til et lokalsykehus som overlege. Jeg er ikke i tvil om at han kommer til å fylle rollen sin der på en veldig god måte. Jeg er heldig som får bli kjent med så mange unge kolleger helt i avslutningen av deres spesialiseringsløp.

15:55 Koordinatoren for poliklinikken ringer meg. En av mine pasienter, som jeg opererte for kreft på tungeranden for to år siden, ringer og forteller om smerter og murring i operasjonsarret de siste to ukene. Det er ikke noe sår, men pasienten er engstelig og synes det er lenge å vente seks uker til planlagt kontroll. Hun settes opp på min poliklinikk til uken.

17:00 Jeg gjør litt forefallende papirarbeid før jeg går til sengeposten for å snakke med den påtroppende LIS-legen. Det har nettopp kommet en telefon fra en kollega ved Sørlandet sykehus. De har fått inn en kvinne i 50-årene, frisk fra tidligere, som har hatt en ukes sykehistorie med viral luftveisinfeksjon. Hun var blitt litt bedre, men måtte i dag gå tidligere hjem fra jobb på grunn av høy feber. I mottak er hun i ganske god form til tross for feber, men det er kommet en lett rødme nedover halsen på venstre side. Hun er diffust hoven og har uttalt palpasjonsømheter i det området. De lurte på om dette kan være nekrotiserende fasciitt. De har tatt blodprøver og sikret blodkulturer før de har satt i gang med antibiotikabehandling, og pasienten er på vei til CT. Vi er enige i at dette høres suspekt ut og avtaler ny oppdatering når blodprøvesvarene foreligger.

17:30 Ny telefon fra Sørlandet sykehus. Pasientens tilstand er forverret, CRP har steget fra 100 hos fastlegen til 310 bare noen timer senere. Hun er mer medtatt og føler det er trangere å puste. Vi blir enige om at fasciitt nå er svært suspekt og at pasienten intuberes, sendes med luftambulans og tas rett til operasjonsstuen her. CT-bilder overføres. Disse viser ingen tegn på dyp halsabscess, men kun lett fettvevsreaksjon.

17:50 Jeg sykler hjemover, vel vitende om at jeg snart må tilbake på jobb. Hodet er tomt for middagsideer, så da er det lokale matmarkedet på Skøyen godt å ha. Kjøper med en gryterett derfra.

18:20 Middag.

19:00 Telefon til datter som studerer i Trondheim.

En spesialist i øre-nese-halssykdommer behandler pasienter med sykdommer og skader i ansikt, ører, bihuler, munn og hals, for eksempel nedsatt hørsel, bihuleinfeksjoner eller kreft.

Antall yrkesaktive spesialister i øre-nese-halssykdommer i Norge: 393

Av disse er 66 % menn og 34 % kvinner

Kilde: Legeforeningen

19:30 Luftambulansen letter. Jeg sykler tilbake på jobb, skifter og går rett på operasjonsstua. Rapport fra luftambulansen om at pasienten er febril og pressorkrevende, men stabil under transporten.

20:30 Pasienten er dekket og vasket, og operasjonen kan starte. Vi åpner bredt, svarende til det området i huden som er påvirket. Diagnosen bekreftes peroperativt, og vi åpner inn til vevssjikt som er påvirket. Der tas prøver som umiddelbart sendes til mikrobiologen for både dyrkning og direkte mikroskopi.

22:30 Inngrepet avsluttes, sårhulen pakkes med fuktige saltvannskompresser, og pasienten overflyttes til intensivavdelingen. Det planlegges ny revisjon på operasjonsstuen i morgen.

23:30 Jeg sykler hjem. Når jeg låser meg inn, ser jeg at de andre allerede sover. Jeg legger meg og sovner momentant.

Alle pasienthistorier i denne artikkelen er anonymisert eller fiktive.

Publisert: 11. juni 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0353

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 23. juni 2026.