

Sett fra sykesengen

Jeg var kanskje en interessant pasient i den innledende intensivfasen. Men etter at kirurgene hadde gjort sine snitt og indremedisinerne satt opp sine medikamentlister, var oppholdet neppe like spennende og pres-
tisjegivende. For meg var det nå det begynte.

Ouverture

Siste uken i september hadde vært slitsom. 15 timer på podiet hver dag i uke etter uke er ingen spøk. Under en spasertur rundt Grefsenkollen i Oslo kjente jeg de første symptomene: følelseløse bein, intens hodepine og magesmerter. En sju kilometer lang fottur hadde forvandlet en etter måten sprek kar til en stakkar med ubestemmelige og svært lite hyggelige symptomer.

Oslo Legevakt vurderte situasjonen som et grensetilfelle av hva de kunne håndtere. Jeg ble plassert i en rullestol mens undersøkelsen ble gjort. Legevakten kjente heldigvis sin begrensning og sendte meg rett til Ullevål sykehus. Klokken var 2355 fredag 28. september 2012. Det var gått seks timer siden helsevesenet begynte å arbeide med dette kasuset. Fra den senere epikrisen hitsettes notater som ble gjort under de første undersøkelsene: «...redusert almentilstand men våken og klar. BT 129/68, T=38.3 grader, SaO₂ 96% romluft. Ingen kardiale bilyder. Nedsatt kraft og ikke utløsbare reflekser i begge u.ex. EKG viste normal sinusrytme. CRP er ca 350.»

Pårørende ble straks informert om at dette var tegn på et ganske kraftig bakterieangrep. På medisinsk avdeling ble det første motangrepet igangsatt. Kanonene ble i første omgang ladet med Flagyl og et bredspekret antibiotikum, og det ble bestemt at jeg skulle overføres til infeksjonsmedisinsk avdeling.

Etter et døgn interludium hos bakteriebekjemperne befant jeg meg så på kardiologisk intensivavdeling. Jeg siterer fra epikrisen: «...det er påvist oppvekst av gule stafylokokker og pendulerende vegetasjon på aortaklaffen. Middels stor aortainsuffisiens. MR Cerebrum har påvist multiple cerebrale infarkter som har gitt mistanke om bakterielle embolier...Nevrolog ventilerer muligheten for at pareser kan skyldes akutt demyeliniserende polyradikulitt...»

Dette, sammen med et par andre observasjoner, ble av samtlige eksperter oppfattet som «kulingvarsler med storm i kastene». Jeg ble akseptert for aortaklaffkirurgi. Og vips – 5. oktober 2012 våknet jeg opp fra

anestesian med den biologiske aortaventilen Mosaic Ultra #25 montert i hjertepumpa.

Det glitrende samvirke mellom norske toppmedisinere hadde på nytt vist seg å være livreddende. Jeg hadde ingen muligheter til å takke for hjelpen rett etter operasjonen, men noen uker senere trodde jeg knapt hva jeg så da en åpen hjerteoperasjon ganske lik min egen ble overført på TV. At det går an!

Interludium

Det å våkne opp etter en hjerteoperasjon med 6–7 dagers hukommelsestomrom, et CRP-nivå på opptil 400, 20 liter vann i kroppen, og 1,5 liter antibiotikadrypp per døgn representerer ingen liten prøvelse for uøvde. Vann i lungene, lav puls, pustevansker, pissing på flaske, røntgenundersøkelser, pacemaker, som forresten ble innsett av en lege som hadde gått Birken på 2:58 og med praksis fra nabobygda hjemme. Programtilpasningen ble gjort av en fagmann fra Afghanistan. Tapping av væske fra lungesekken i store kvanta.

For den som ligger i sengen, og som føler at klokken går baklengs, ser verden – ikke overraskende – litt annerledes ut enn den gjør for helsearbeiderne, som alle sammen, med de aller beste intensjoner, prøver å gjøre tilværelsen lettest mulig for meg. Nøkkelordet er her som i mange andre yrker: empati. Har dere som står rundt sengen, prøvd å sove med en kropp proppfull av legemidler og hodet fullt av tanker som får Dalis mest abstrakte bilder til se enkle ut? Har dere tenkt over hvilket mentalt sjokk det er for pasienten å oppleve at det han ikke hadde tenkt seg muligheten av dagen før, brått har blitt en del av hans virkelighet? Og skal forbli det for all fremtid?

Blir vi alle mer og mer empatiske jo lenger vi oppholder oss blant folk som trenger omsorg? Eller skjer det motsatte – at vi blir mer likegyldige? Går vi alle rundt med et mentalt deponi av medfølelse med andre, et deponi som kan mobiliseres og økes på samme måte som andre fysiske ressurser i kroppen? Den som visste.

Jeg er full av beundring over sykepleiernes

innsats. Florence Nightingale-er og Mor Theresa-er av begge kjønn gjorde sitt beste for at jeg skulle ha det best mulig. Noen ganger var jeg ikke sikker på om jeg hadde overlevd uten. Du med svensk tunge som underholdt meg med fortellinger om dine mange fantastiske fisketurer rundt i verden mens du skiftet bleier på en stakkars 69-åring med mareritt midt på natten – hvorfor har ikke du fått en pris?

Effektive sovemidler er alfa og omega i en pasientseng. Tre timer under drypp eller med trasige traumer kan det være forferdelig å leve med dag og natt. Søvn blir veldig viktig, men jeg hadde ikke alltid følelsen av at dette ble forstått.

Jeg tror at det også blant leger eksisterer en rangordning. Som ikke-medisiner skal jeg avstå fra å gruppere medisiner. Det forseggjorte 15 cm lange arret på brystkassen vil for alltid minne meg om kirurgens utrolige ferdigheter. Men det skal øg sies at jeg ble skremt da jeg i ettertid ble oppmerksom på hvordan kirurgene satte seg selv i fokus ved å involvere seg i en helt uforståelig kompetansestrid med kolleger på den andre siden av Ringveien. Kunne også jeg ha blitt en del av en slik maktkamp?

Postludium

I dag er det fastlegen som overvåker min helse. Første oppgave besto i å skaffe informasjon om mitt opphold på Ullevål sykehus. Epikrise og medisinliste var viktig. Datatilsynets strenge personvernregler gjelder for informasjonsutvekslingen mellom institusjonene. Mye tyder på at ledelsen ved Datatilsynet ikke har vært alvorlig syke og dermed avhengig av en effektiv informasjonsflyt mellom ulike behandlere. Helseministeren har gitt seg selv den oppgaven å effektivisere denne prosessen. Det trengs!

Sigmund Hov Moen
sigmoeh@nith.no

Mottatt 2.1. 2013, første revisjon innsendt 17.1. 2013, godkjent 24.1. 2013. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.