

*Festskrift till*  
Richard Wallensten

*Högtidsföreläsningar*  
på Nya Karolinska sjukhuset, Solna,  
Nobeldagen anno 2021,  
med anledning av  
pensioneringen

# Innehåll

Ingress	3
Behandlingen av osteosarkom sedan 70-talet	6
Att göra sig illa, då och nu	8
Den tredje resan – Traumatologin	15
Läromästare Richard Wallensten	20
Skador är inte olyckor	22
Från tig och lid till upp och hoppa	26
När och fjärran	30
Richard – med sikte mot framtiden!	32
48 timmar i Windhoek, Namibia	35
Curriculum vitae	41
Bibliografi	42

# Ingress

Karl-Åke Jansson

Richard Wallensten, en Svensk ortopedisk nestor och gentleman förtjänade verkligen att högtidligen avfiras på Nobeldagen anno 2021. Som chef för sektionen Rekonstruktiv Ortopedi på Karolinska Universitetssjukhuset såg jag den senaste timanställningen vara den tillsynes sista. Richard hade fått förnyat anställningsavtal varje år sedan många år efter pensionen. Vi hade svårt att undvara honom! Hans yrkesmässiga och sociala kompetens är inte lätt att ersätta, men tiden var nu inne för ett fint avslut och tack. Kollegan Otte Brosjö hade samlat ihop förnämliga föredragshållare från Richard långa gärning. Själv vill jag nämna några egenskaper/förmågor som Richard har som gör honom till en *master of orthopaedics*.



Bild 1. Ur led är höften; ve! att jag är den som föddes att den vrida rätt igen. (Fritt efter Hamlet, Akt 1, scen 5, Hagbergs översättning).

## Kollegan

Stödjande, förtroendeskapande och examinerande. Han tar emot alla och introducerar nya läkare i den läkekonsten. Richard bistår och är stödjande i undersökningsteknik, bedömningar och handleder före-

dömligt enligt ”Ge kniven vidare”. Jag blev själv för 30 år sedan introducerad och välkommen av docenten Wallensten. Han förmedlade tidigt att vi inte var några gipstekniker utan betonande den ädla konsten och hantverket på operation. Tidigt såg jag upp till honom som en rollmodell inom ortopedin och fann i såret ett gemensamt drag – vi var båda ambidexter.

### Läraren

En lysande pedagog genom bred och djup kunskap i ämnet ortopedi ger honom en naturlig auktoritet och referenspunkt vid kandidatseminarier, röntgenronder, på mottagningen och operationssalen. Hans artighet och närhet får ST läkare att känna sig bekväma och ger basen till en bra kommunikation. Richard är hängiven ortopedin och med en passion som smittar och gynnar lärandet. På operationssalen har han en ett stort tålamod och anpassar sig till sina lärjungars olika behov.

### Juristen

Genom sitt ödmjuka och pragmatiska förhållningssätt har han varit en tillgång för försäkringsmedicinen i många sammanhang: AFA, ansvarsnämnden, Socialstyrelsen, LÖF, patientnämnder, försäkringsbolag och, inte minst, patienter har alla fått ta del av hans gedigna bedömningar. Själv har jag imponerats av hur skarpsinnigt, konstruktivt och effektivt han analyserar, hanterar och driver ärenden. Det han lärt mig kanske mest är att alltid se problemen från 360 grader och ställa den juridiska och medicinska frågan ”det beror på ” innan slutplädering görs.

### Forskaren

Richard är noga med språket och jag kallar honom för min Skollärare, han har haft ”rödpenan” vässad och raskt bistått mig i texter som jag, dyslektikern, skrivit. Aldrig dömande utan oftast med stärkande i kommentarer och anmärkningar.

### Medarbetaren

På mottagningen granskar han kontinuerligt remisser föredömligt och snabbt. Hans kirurgiska färdigheter är vida omtalade. Hans kreativitet på operation kan exemplifieras med ett patientfall som komikern Jackie Sjödin refererade på ett SOF möte ”Wallensten skapade en axel på en höft”. Vi har genom åren haft en unik relation där han alltid varit närvarande, tydlig, stödjande och inspirerande. Inte sällan tittar han

förbi och frågar – Vad kan jag bistå med? Han har genom åren varit livlinan och tryggheten i vår verksamhet!

Avslutningsvis vill jag säga att Richard alltid varit och är min rollmodell som ortopedkirurg. Varje dag har det varit en ära – och en stor glädje – att ha fått förmånen att arbeta med honom.

Min dröm är därför att SOF inrättar ett ortopediskt *Hall of fame* och att Richard Wallensten blir den förste att röstas in.

# Behandlingen av osteosarkom sedan 70-talet

Otte Brosjö

När Richard började sin karriär som ortoped på 1970-talet så remitterades patienter med misstänkt osteosarkom ofta till Norrbackainstitutet, där Richard arbetade. Diagnosen ställdes efter röntgen, ibland även angiografi och sedan en öppen kirurgisk biopsi. Behandlingen var en omedelbar amputation eller exartikulation. Trots detta dog 80% av patienterna inom ett år av metastaser.

Richard disputerade 1983 om *“The medial tibial and chronic anterior compartment syndromes. An experimental and clinical study”*. Flera andra på Norrbacka disputerade om osteosarkom: Lars-Åke Broström 1979 *“On the natural history of osteosarcoma”*, André Stark 1984 *“Human osteosarcoma. Electron microscopic and histochemical investigations”* och Henrik Bauer 1988 *“DNA cytometry of osteosarcoma”*

Tidigt på 1970-talet började onkologen Hans Strander att ge osteosarkom-patienterna utan metastaser humant Interferon-alfa direkt efter diagnos. Studier startade utan något tidigare vetenskapligt stöd och avslutades 1990. Resultatet var överraskande bra: drygt 60% av patienterna var tumörfria 5 år efter diagnos (Strander et. al Acta Oncol 1995). Nackdelen var att de flesta behövde amputeras (för att undvika ett lokalt tumörrecidiv) då interferon inte har någon direkt effekt på primärtumören. Min egen avhandling 1988 *“Osteosarcoma and Interferon. Studies of human xenografts in the nude mice”* var ett försök att förklara den anti-tumoral effekten av Interferon.

I USA och senare i Europa gjorde man annorlunda än i Sverige: man startade tidigt 1970 med cytostatika före och efter operationen vilket visades var en mycket framgångsrik behandling (Rosen et al. Cancer 1976). Cytostatikan före operation tog mer eller mindre död på primärtumören vilken möjliggjorde extremitetsbevarande kirurgi med tumörprotes-rekonstruktioner. Risken för senare metastasutveckling minskade också, och många patienter blev tumörfriska.

För att försöka förbättra överlevnaden för patienter med osteosarkom, startades 2005 en randomiserad studie i Europa och USA (EURAMOS) där man jämförde standardcytostatika = högdos-methotrexat + doxy-

rubicin + cisplatin = MAP pre- och postoperativt till alla patienter men med tillägg av postoperativ Ifosfamid eller interferon till de patienter vars tumörer histologiskt inte visade sig vara < 90% nekrotiska efter operation = "poor responders". Denna studie kunde genomföras för över 2000 patienter men tyvärr utan någon säker mortalitetsminskning för någon patientgrupp: 60% tumörfri överlevnad efter 5 år (Eur J Cancer 2019).

Nu behandlas patienter med osteosarkom i USA och Europa på ungefär samma sätt. Pre-och postoperativ MAP under 7 månader, vanligtvis extremitetsbevarande kirurgi och skelettrekonstruktion = proteser, allograft, autograft eller van Ness rotationsplastik, där man flyttar upp fotleden i omvänd riktning så den kan ge en viss styrning. Mindre än 5% behöver nu amputeras men överlevnaden nu är tyvärr inte bättre jämfört med för 30 år sedan. Prognostiskt negativa faktorer är metastaser vid diagnos och/eller primärtumör i centrala skelettet. Mycket forskning pågår och jag tror på ett genombrott i behandlingen av dessa unga patienter. Jag hoppas att Richard får veta det då.

# Att göra sig illa, då och nu

Gunnar Sandersjö

Anno 1976, strax efter att Richard Wallensten hade börjat på Karolinska sjukhuset, kraschade ett flygplan på en åker i Nebraska. Piloten, ortopederna James Stynes, lyckades under den första ensamma natten vid flygplansvraket ge sin familj en bättre förstahjälpsbehandling än under hela det efterföljande sjukhusomhändertagandet. Han insåg att traumomhändertagandet kunde göras bättre – mycket bättre, vilket resulterade i hans utvecklande av ett nytt koncept; *Advanced Trauma Life Support* (ATLS), numera den dominerande formaliserade omhändertagandemetoden av svårt skadade.



Bild 2. James Styners kraschade sin Beechcraft Baron, vilket initierade de grundläggande principerna för dagens traumavård – ATLS.

Numera är det en självklarhet för de flesta ortopeder, men då på Karolinska kunde få drömma om den traumaresa sjukhuset i allmänhet och ortopedin i synnerhet skulle komma att genomgå. På Karolinska var ortopeder överhuvudtaget inte engagerade i traumafysiologiskt tänkande, knappt ens i den akuta frakturkirurgin som till största del var en angelägenhet för allmäknkirurgerna. Det närmaste ortopedin kom traumakirurgin var inflödet av frakturpatienter från Serafimerlasarettet som levererade frakturpatienterna med flyttbuss.





Bild 3. Morgonleveransen av frakturpatienter från Serafimerlasarettet på Kungsholmen sköttes med flyttbuss där akut sträckbehandlade patienter i säng samsades med patienter i rullstol.

År 2021 – vi läser 45 år senare – är ortopedin på Karolinska drivande vad gäller traumatologin; man deltar som enda specialitet på sjukhuset i samtliga traumalarm; ortopedin leder Traumacentrum Karolinska (TCK) med samtliga ingående traumaengagerande specialiteter; den första professuren i ortopedisk traumatologi i Sverige är inrättad vid Karolinska Universitetssjukhuset osv. Orsakerna till detta är förstås flera, men kan till del beskrivas i fyra konvergerande utvecklingsresor som tillsammans sammanstrålar här och nu.

## Första resan – behandlingsmetoderna

### Traktion – Reposition – Retention

Att försöka räta ut något som är snett eller att få något som pekar åt fel håll att peka rätt är nog egentligen inte speciellt imponerande. Det ligger i självbevarelsedriften och har rimligtvis skett så länge människan funnits. Läkarna i det forntida Egypten anses med viss sannolikhet ha varit indelade i olika specialiteter, och specialister med vad vi idag kallar ortopediska kunskaper lär sannolikt ha varit efterfrågade, mycket eftersom de tunga arbetsförhållandena och de många krigen ledde till att många torde ha drabbats av frakturer och luxationer.



Bild 4. Reposition av frakturer finns beskrivet redan från forntida Egypten. Skador var vanliga. Tutankhamons kropp utgjorde ett ortopediskt smörgåsbord med tillstånd som Klippel-Feils syndrom, Mb Köhler, skolios, klumpfot, sannolikt på grundval av syskon-giften, men traumatologiskt intressant också med en öppen knäfraktur.



Bild 5. Metoderna med axiell traktion följt av reposition såg troligen i det närmaste likartade ut genom århundraden och årtusenden, möjligen med tillägg för den tekniska utvecklingen som, precis som nu, gav lite mer förfinade metoder i en tidsmässigt lokal high-tech värld. En intressant vetenskaplig diskussion fördes f.ö. på mitten av 1800-talet där det diskuterades om frakturer skulle reponeras när svullnaden gått ner, eller om det skulle ske direkt.

Så kommer vi till stabiliseringen. I både Papyrus Ebers och Edwin Smith-papyrusen finns hänvisningar till ortoser, vilket förstås är intressant. Samtidigt är möjligen inte det heller sensationellt, för vad vore alternativet? Att försöka bevara läget på något man reponerat torde för de flesta te sig naturligt och man tar i allmänhet förstås vad man har till hjälp, vare sig det rör sig om skenor i trä, järn, koppar eller aluminium, beroende på vilket årtusende den lokale traumaortopeden arbetar i

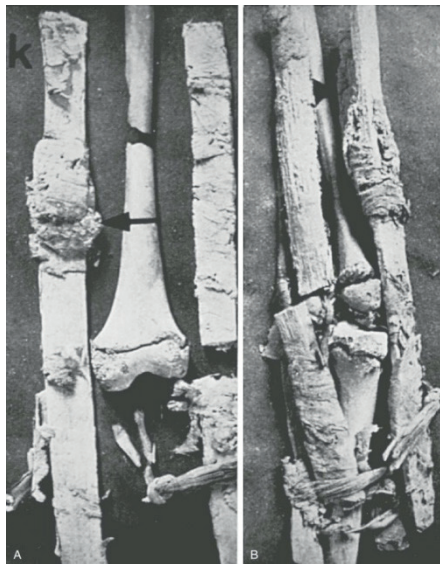


Bild 6. Primitiv ortos från 5:e dynastin (2494–2345 f.Kr.)

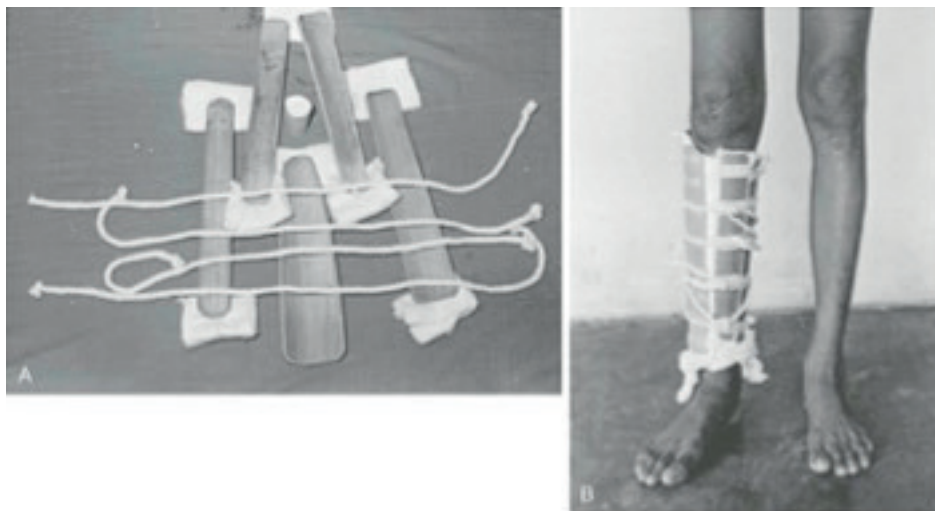


Bild 7. Likartad modernare variant från Sri Lanka.

## Gips

Mer intressant är utvecklingen mot gipsbehandling eller behandling med stelrande lindor som beskrevs av Hippokrates (350 f.Kr.). Han beskrev en metod att, efter att frakturen reponerats, linda in extremiteten med lindor dränkta med vax och kåda som sedan långsamt fick stelna. En utmaning låg förstås i att hålla frakturen i tillräckligt gott läge under den långa torkningsprocessen. Beskrivningar från historien visar likartade lösningar, t.ex. från Córdoba, som vid tusentalet var en centralort med en halv miljon invånare, 700 moskéer, 300 offentliga bad, bokhandlare och mer än 70 bibliotek. I staden verkade El Zahravi som beskrev hur han stabiliserade frakturer med en blandning av lera, gummi, mjöl och ägg. Stärkelsebaserade

behandlingsalternativ användes f.ö. till början av 1800-talet.

Själva materialet *Gypsum* hade använts i hundratals år som byggnads-material innan det började användas till frakturbehandling. I Sverige saknade vi brytbara mängder, även om Carl von Linne sägs ha avbrutit sin skånska resa för att undersöka ett falskt rykte angående fyndigheter i Limhamn. I Europa fanns dock gips, bland annat i Tyskland, Storbritannien, Frankrike och namnet *Plaster of Paris* kom f.ö. till pga. gipsgruvorna i Montmartre. Ett skäl till att Gypsum inte användes till frakturbehandling var de oerhört långa torktiderna, men med experiment av olika gipsblandningar under 1800-talet hade man vid 1840-talet lyckats få ner torktiden till endast sex timmar. 1852 beskrev Anthonius Mathijsen ”New Method for Application of Plaster-of-Paris Bandage” där han använde gips + vatten i lindor kombinerat med tidig reposition. Mycket lite hände därefter utvecklingsmässigt och metoden var sedan tämligen oförändrad till 1950-talet.

## Kirurgisk behandling

Kirurgi förekom och utvecklades redan i det forntida Egypten, även om det sannolikt var mycket sällsynta åtgärder. Kirurgiska verktyg har hittats från så tidigt som sjätte dynastin (2323–2152). Medicinska papyrer ger en inblick i hur kirurgi då kan ha utövats: Edwin Smith-papyrusen behandlar huvudsakligen kirurgi och beskriver bland annat suturering; Papyrus Ebers beskriver kirurgiska snitt, som användes för att öppna varbölder och ta bort tumörer.

Den tidiga kirurgiska historien innehåller förstas trepanationer, starr-operationer och amputationer, men möjligheterna till traumakirurgi ökades väsentligen av utvecklingen av anestesi (1846), antiseptik (1865) och radiologi (1895) och någonstans där får även den moderna frakturkirurgin se sin födelse.

## Den andra resan – specialiteten

Svensk ortopedi innebar initialt att engagerade människor inspirerade varandra att ge vård till, som det då hette, vanföra och lytta människor. Eugeniahemmet skapades i Stockholm 1882, Vanförestalten i Göteborg 1885, i Helsingborg 1887 samt i Stockholm 1891. Även om avsikten var att ta hand om medmänniskor ur en social synvinkel, visade det sig snart nödvändigt att knyta medicinsk kompetens till verksamheten, vilket resulterade i tillkomsten av ett litet antal vårdplatser, vilka ökade undan för undan.

Till detta kom sedermera några enheter med uppgiften att vårda

skelettuberkulos. Den största av dessa var den som inrättades 1910 vid just S:t Görans sjukhus i Stockholm och omfattade 100 vårdplatser. År 1937 omändrades 40 av dessa att gälla vård av även andra ortopediska åkommor och avdelningen fick karaktären av ortopedisk lasarettsklinik.

Ortopedin var ju initialt inte en kirurgisk vårdform och även om det skedde en långsam förändring med ökande operativa åtgärder var det först under 1930-talet som kirurgin gjorde sig mera gällande.



Bild 8. Eugeniahemmet, svensk ortopedis vagga.

Förändringen mot en tydligare kirurgisk inriktning skedde i Stockholm framför allt sedan Henning Waldenström 1936, efter att ha verkat som överläkare vid S:t Görans sjukhus, tillträtt professuren vid Karolinska institutet och han kom att i många avseenden att därefter leda utvecklingen av ortopedin i Sverige.

Det första steget mot en mer frakturkirurgisk inriktning av ortopedin skedde slutet av 40-talet i och med att frakturerna började övertas från allmänskirurgerna. Södra Sverige ledde utvecklingen genom att kirurgiska och ortopediska klinikerna i Lund delade på verksamheten och överenskom att sinsemellan ta in frakturfall varannan dag. År 1948 utnämndes Helge Wulff till innehavare av den då nyinrättade professuren i kirurgi i Malmö, och han tog steget fullt ut och överlämnade hela frakturklientelet till den lokala ortopediska kliniken. Sedermera följde andra kliniker efter, vilket dock skedde under varierande former. På en del håll ansåg sig ortopederna alltför dåligt rustade ur joursynpunkt och nöjde sig med endast en del av frakturerna; på andra håll fanns det kvar

en viss motvilja hos kirurgerna att överlämna klientelet, vilket på sina håll gav upphov till kontroverser.

Omhändertagandet av frakturerna bidrog kraftigt till utbyggnaden av ortopedin och i slutet av 60-talet fanns det i landet drygt 35 ortopediska avdelningar. I början av 50-talet då BCG-vaccinationen blivit allmänt genomförd började detta ge utslag i form av krympande beläggning på kustsanatorierna och de ortopediska avdelningarna som skötte TBC och utrymme uppkom för att kunna tillägna sig frakturpatienter.

# Den tredje resan – Traumatologin

## Fältskärer

Under tidig medeltid utfördes vissa kirurgiska ingrepp av munkar, men 1274, vid kyrkomötet i Le Mans, förbjöd påven munkordnarna att utföra operationer. Istället kom badare – badmästare vid badinrättningar, och bardskärare, sårläkare, att bilda ett eget skrå. Förutom att skära skägg och hår, åderlåta, dra ut tänder och tömma varbölder på den civila befolkningen, anlätades de också för att bedriva sjukvård i krig.

I Sverige tog det sedan mer än tvåhundra år, till 1496, innan bardskärare erkändes som ett yrkesskrå och i ett reglemente utfärdat av Johan III 1571 fick bardskärarämbetet i uppgift att förse den svenska armén och flottan med fältskärer. Vidare bestämde senare Karl XI att fältskärerna skulle avlägga prov inför fältskärsämbetet i Stockholm, då kallat *Societas chirurgica*.

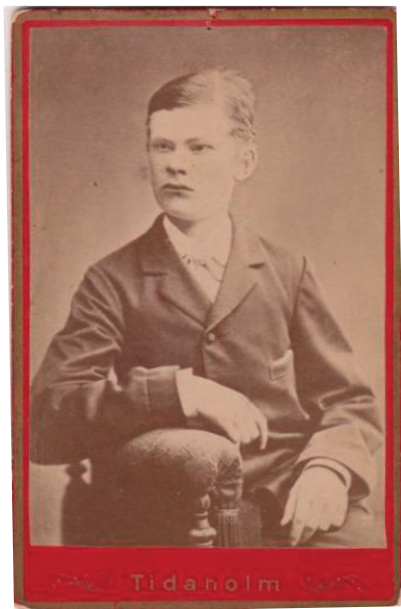


Bild 9. Sveriges siste fältskär var sannolikt Otto Aspland. Han hade tjänstgjort på sjukavdelningen på Långholmen, men kunde också tillgodoräkna sig tjänstgöringstid hos mästefältskärer och vid kirurgiska avdelningar. Efter att han ansökt hos Kungl. Maj:t att få avlägga fältskärsexamen remitterades hans begäran av Ecklesiastikdepartementet till Medicinalstyrelsen som tillstyrkte, och i konseljen den 11 juni 1897 biföll Kungl. Maj:t ansökan. Han utexaminerades 1898 och sägs vara den siste verksamme fältskären i Sverige. Han tjänstgjorde först i Norrköping och hade sedan fältskärstuga i Örebro i 25 år innan han kom till Eskilstuna där han var verksam och hade sin mottagning vid Fristadstorget. Aspland uppges ha tagit emot patienter fram till sin död 1950.

Karolinska institutet öppnades 1811 för att utbilda kirurger för armén och benämningen fältskär brukades för de kirurger som enrollerades av krigsmakten. Dock gjorde ett nytt reglemente 1815 att man också hade rätt att låta läkare utbildas vid institutet. Utbildningarna smälte med tiden samman, men fältskärsexamen fanns kvar i Sverige till den 5 juni 1896. Fältskärerna hade jour dygnet runt och tog emot patienter som råkat ut för olycksfall ända in på 1920-talet och det är runt sekelskiftet som sjukhusens polikliniker och akutmottagningar successivt tog över den verksamheten.

## ATLS

Förutom Karl Landsteiners upptäckt av blodgrupperna, ABO-systemet, och Jules Peans uppfinning av peangen kan ATLS nämnas bland betydande traumatologiska upptäckter. ATLS skapades som framgång i USA 1980 och kom till Europa, liksom till Skandinavien, på 1990-talet. Konceptet innebär ett systematiserat handläggningssätt för att minimera den morbiditet och död som skulle kunnat orsakas av att man lurats att fokusera på fel saker. Att arbetssättet fick ett så stort genomslag är dock egentligen anmärkningsvärt: Konceptet var amerikanskt; det fanns då ingen forskning som visade att handläggningssättet var bättre; det var stelbent utan utrymme till förändringar; det infördes vid sidan av existerande ledningssystem; det var också dyrt; det innehöll tvingande skrivelser. Men ATLS förändrade sättet att undersöka och dokumentera patientens tillstånd från status, utredning och behandling till inledande livräddning, att hitta symptom och att behandla i farten.

## Den fjärde resan – Karolinska

Vi börjar nu närma oss den sista delen där behandlingsmetoderna och specialiteten, kondenserat till Ortopedkliniken vid Karolinska sjukhuset, behövde förenas med traumatologin innan förutsättningarna för den ortopediska traumaresan fanns.

1975, året innan Richard Wallensten började på Karolinska sjukhuset, hade Sven Olerud blivit professor och chef vid ortopedkliniken. Sven hade ett genuint intresse för frakturkirurgi, som dock fortfarande var en allmänkirurgisk subspecialitet vid Karolinska. Ortopedin hade, förutom flyttbuss-patienterna från Serafen, ett jouransvar för varannan höftfraktur som kom in, vilket gav upphov till en viss friktion. Ortopedin huserade fortfarande på Norrbacka, varför en höftfraktur under jourtid på Karolinska innebar att ortopedjouren behövde traska över sjukhusparken till huvudbyggnaden på Karolinska sjukhuset för att skriva in



patienten. Således var den värld Richard kom till måttligt väl rustad för att hantera både trauma- och frakturflödena och Richard har också målande beskrivit hur man som ortopedjour hittade alla möjliga skäl för att regniga nätter slippa genomföra parkvandringen, så att höftpatienten istället kunde skrivas in när morgonpasset trädde i tjänst.

Trots att detta är till Richard Wallenstens ära bör i sammanhanget kollegan Akke Alberts nämnas. Akke hade kommit från SÖS efter en avhandling om höftfrakturer och ett stort frakturintresse, men fann sig vara i en värld som kretsade runt den elektiva ortopedin. Att vara frakturkirurg på ortopedin då var förenat med att vara ständigt lite tråkad av kollegiet, att inte tillhöra den heta gruppen och allmänt räknas som en andra rangens ortoped. Istället skulle man helst tänka på ord som ledplastik, skolios eller skelettsarkom. Hur som helst, utan att nedslås av detta var Akke med och skapade en liten grupp med traumaintresserade från allmänkirurgi, anestesi, radiologi och ortopedi där man, inspirerade av ATLS och traumatologin i USA, från golvet förändrade sättet att se på trauma.

Arbetsättet, som byggde på ett gemensamt omhändertagande med stor respekt för var och ens yrkeskunskaper, blev helt dominerande och till slut så dominant att verksamhetscheferna för de olika specialiteterna, som initialt varit negativa till idén, frågade om de också fick vara med på resan.



Bild 10. Delar av den tidiga gruppen inom traumatologi på Karolinska.

Utvecklingstakten ökade runt trauma, man gjorde studiebesök i USA, startade upp traumakurser, fokuserade mer på forskning runt trauma, lyckades övertyga Stockholms politiker om en ny byggnad med

helikopterplatta på taket varefter Karolinska till sist utsågs av landstinget att vara regionens traumacenter och från den dagen blev Akke kung.

Delar av de elektiva verksamheterna fick fortsättningsvis se sin verksamhet minska, flera av dem som var bundna till att bara fokusera på elektiv kirurgi bytte arbetsplats medan traumatologin och frakturkirurgin ökade i omfattning.

När vi idag betraktar traumatologin vid Karolinska är det svårt att inte se ortopedin som ett av fundamenten för verksamheten: En stor del av den forskning som sker inom traumatologin kommer från ortopedin; ortopederna har samarbete med försvarsmakten för att utbilda den moderna fältskären, dvs framtidens krigskirurg; ledningen för traumacentrum på Karolinska har sedan många år haft ortopediska förtecken; ortopeder inkl. ST-läkarna är ett av naven för traumaomhändertagandet, vilket gör ST-ortopedi till en traumautbildning vid Karolinska. Det viktigaste är nog dock att vi tillsammans på Karolinska, oberoende av profession eller specialitet arbetar mot samma mål och med respekt för varandras yrkeskunskaper, oaktat om man är allmänkirurg, ser sig som ryggortoped eller som sjuksköterska på traumaavdelningen.

Så till slut några ord om Richards roll i sammanhanget. För oss som haft förmånen att ha haft honom som mentor och handledare är allsidigheten en av hans adelsmärken. Från det att vi som unga fått höra: ”Nu har du körkort på halvplastik” till stödet när vi som äldre försökt axla ett större gemensamt traumauppdrag har Richard alltid funnits som ett av de fundament vi kunnat stödja oss emot. Allsidigheten har i mina ögon också gjort att oavsett ortopedens Karolinskas inriktning som vanförestalt, Norrbackainstitution, artroplastikcentrum eller som traumacentrum har Richard Wallensten utan problem alltid kunnat ha en naturlig och dominant roll. Jag skulle inte kunna sträcka mig så långt som att säga att: ”Utan Richard hade aldrig Traumacentrum Karolinska existerat”, men utan Richard hade det definitivt sett annorlunda ut – med väsentligt sämre förtecken.



Bild 11. Helikopterplattan på gamla Karolinska gav förutsättningen för uppdraget som traumacenter.

# Läromästare Richard Wallensten

Per Wretenberg

Richard har under sina många år som ortoped varit en flitigt använd föreläsare och kurshållare inom ett flertal olika ortopediska special områden. Tillsammans med framlidne kollegan Lars Weidenhielm har jag hållit totalt 60 kurser med inriktning på proteskirurgi, revisionskirurgi och forskningsmetodik. Vid de allra flesta kurstillfällena var Richard Wallensten med för att föreläsa om vitt skilda ämnen, alltid med samma pondus, lyhördhet och kunskap.



Bild 12. Richard ex cathedra.

En viktig uppgift för oss ortopeder är att bedriva utbildning och fortbildning. Det finns nästan inget som är så tacksamt som att ordna en kurs för intresserade kollegor, men givetvis är man beroende av föreläsare med bred kunskap och också med sinne för att förmedla och lära ut. Jag och Lars betraktade alltid Richard som en förebild i detta

avseende och det var ingen slump att vi alltid hade med honom om det var möjligt, och det var det nästan alltid. Att föreläsa handlar inte bara om att berätta, det är minst lika viktigt att vara lyhörd för deltagarnas kommentarer och frågor. Man måste också vara ödmjuk inför sitt ämne och bejaka diskussion och ifrågasättande. Här är min uppfattning att vi i Sverige kommit mycket längre än kollegor både i Europa och USA som väldigt gärna vill berätta *hur det är*. Det finns ett bra sätt att lösa problemet: *gör som jag!* Med den inställningen lägger man effektivt locket på och hämmar diskussion och frågor som ofta är det som deltagarna ofta lär sig mest på. Många av våra utländska föreläsare blev alltid märkbart störda när vi i fakulteten bröt in med frågor, ifrågasättande och kommentarer. Aldrig Richard! Trots sin fantastiskt breda kunskap både praktiskt och teoretiskt var han alltid öppen för att det fanns andra lösningar, och inte en gång såg jag honom irriterad över synpunkter som gick tvärt emot det han hade förmedlat. Tvärt om, uppmanade han till diskussion och ifrågasättande. Richard är en fantastisk föreläsare ofta med glimten i ögat och intressanta detaljer och anekdoter, ofta av historisk karaktär, som extra krydda.

En av hans allra mest uppskattade föreläsningar på våra kurser var *Proteskirurgins historia*. Där fick vi följa utvecklingen allt från den första eternarkosen som genomfördes av Morton på Massachusetts General Hospital i Boston, via Jules Emile Péans elfenbensproteser och protesrevolutionen iscensatt av Charnley, till dagens moderna proteskirurgi.

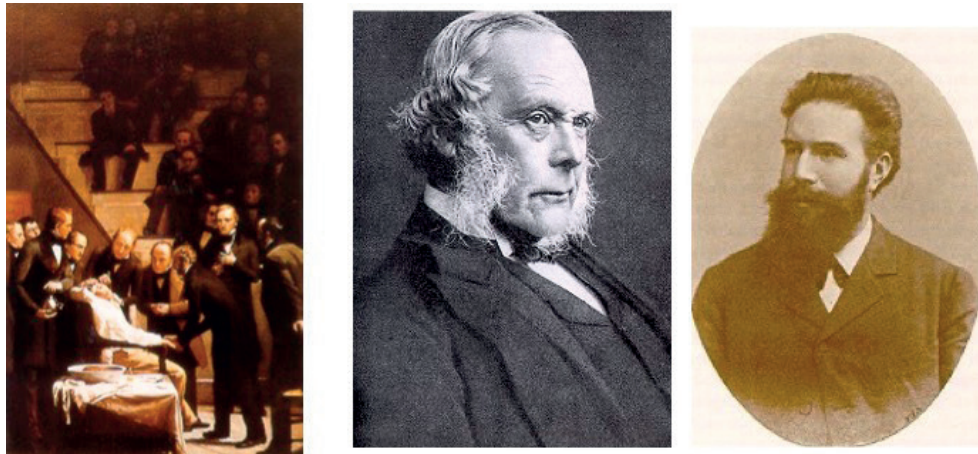


Bild 13. Den 16:e oktober 1846 gav tandläkaren William Morton eternarkos vid en kärloperation. Ungefär samtidigt introducerade kirurgen Joseph Lister den antiseptiska principen. 1895 upptäckte fysikern Wilhelm Conrad Röntgen ett nytt slags strålar, X-Strahlen.

*Vi som fått ta del av Richards undervisning, både praktiskt och teoretiskt, vill tacka för allt vi lärt oss och för många fina och lärorika minnen.*

# Skador är inte olyckor

Olle Svensson

Som framgått i festskriften lever vi i tid med exempellösa medicinska framgångar, inte minst inom ortopedin. Richards gamle chef på Sankt Göran, Mac Felländer, skulle ha hänförts av dagens resultat. Men på andra områden har ortopedin fortfarande stora förbättringspotentialer, där andra medicinska specialiteter som kardiologi, infektion och onkologi satsat hårt på profylax. Men vi ortopeder lever ofta kvar i en primitiv tro att skador beror på olycka och otur, som 1600-tals människorna.<sup>1</sup>



Bild 14. Fortuna, lyckans gudinna, fördelade också olyckan, som Kristiina Savin beskriver i sin avhandling om hur den tidig-moderna människan såg på sina öden. En primitiv fatalism som fortfarande lever kvar på sina håll.

Visst, det finns ett stokastiskt element, men skador är inte randomiserat distribuerade, vilket visas av hur vi lyckats minska de flesta skador, som döden på vägar, arbetsplatser, i luften och på havet till stor del genom information – fram till långt in på 1900-talet lärde sig skärgårdsbefolkningen sällan att simma.

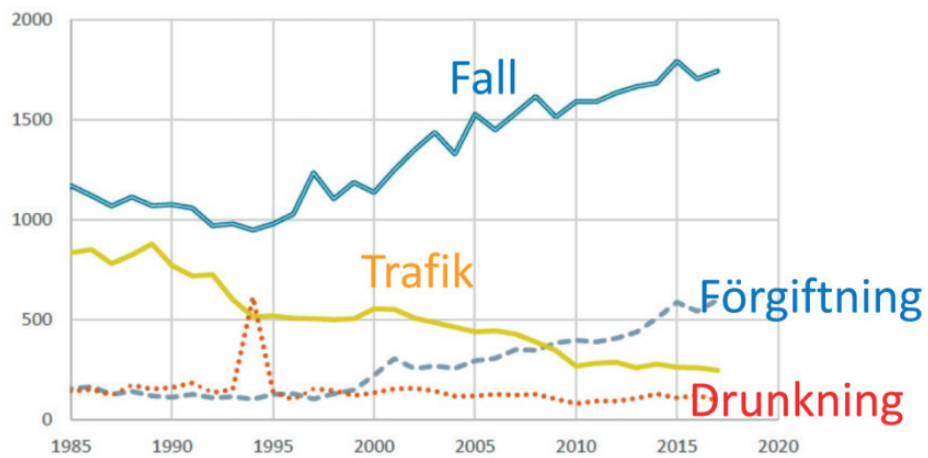


Bild 15. Fallskador svarar idag för fler dödsfall än alla andra skademekanismer tillsammans. Oftast beror en skada på många samverkande faktorer som Estonia-haveriet 1994. Källa: MSB.

Ett annat exempel är barn-”olycksfall” som dramatiskt minskades genom långsiktiga säkerhetskampanjer.<sup>2</sup>



Bild 16. Ragnar Berfenstam är den svenske läkare som räddat flest människoliv, säkert flera av läsarnas, inte genom att behandla patienter, utan att genom starta kampanjen mot barnolycksfall på 1950-talet, då 10% av barnen årligen togs in på sjukhus för skador. Idag måste 10% av de äldsta till akuten Det är kanske ett ödets ironi att flera av de barn som han frälste till livet idag i onödan ligger på våra ortopedavdelningar. Grunden för förebyggande arbete, betonade Berfenstam, var en robust statistik. Det ska vara på makronivå, utan alltför tyngande detaljer.

Vad som behövs är en liknande approach för fallskador hos gamla, och här har ortopedin en nyckelroll. Det är våra patienter och om vi inte gör något kommer det inte att finnas så mycket utrymme för elektiv ortopedi, när antalet 80+ fördubblats. Redan idag tar fallskador över 70% alla av traumaplatser i slutenvården, inte bara ortopediska.

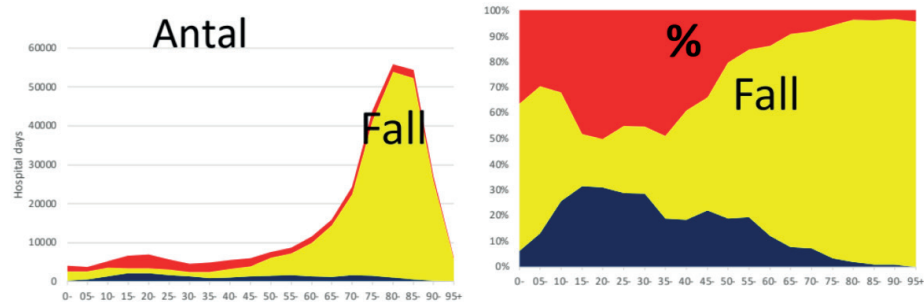


Bild 17. Totala antalet vård dagar för trauma för 220 014 vårdtillfällen vid Norrlands universitetssjukhus. Blått, trafik; gult, fall och rött alla övriga skademekanismer.<sup>3</sup> Till vänster absoluta tal; till höger procent.

Som i exemplen ovan är det viktigaste att vi skapar medvetenhet om att det går att göra något åt eländet. Den enklaste och kanske också en av de mer effektiva åtgärderna är att informera trauma-patienterna, speciellt återfallsförbrytare, om att vi tillsammans kan minska risken för återfall. Och att den informationen upprepas vid varje återbesök.

Vi kan med fördel använda samma metoder som varit så framgångsrika mot andra skademekanismer, där man ofta använder matriser för att strukturera upp olika riskfaktorer. Vi måste också bilda allianser med övriga hälso-professioner.

Teknik			
Miljö			
Människa			
	Före skadan	Skada	Efter skadan

Bild 18. Haddons matris för att analysera riskfaktorer används generellt i för säkerhetsarbete.<sup>4</sup> Vi ortopedier har hittills helst hållit oss i längst ner i det mittersta fältet – till skillnad från de flesta andra medicinska specialiteter där förebyggande arbete är mer centralt.



Det pågår många bra aktiviteter för att minska skadebördan, exempelvis frakturkedjor. Vad som saknas är en övergripande aggregering och samordning för de vanligaste svåra skadorna i rika länder. Det skulle inte krävas stora resurser för att samordna all den högklassiga statistik som finns i vårdens många databaser, sammanställa data till nyttig information on-line och återkoppla det på ett begripligt sätt.

Den kanske enklaste delen som vi ortopederna kan göra är att ge de patienter med högst risk zolendronat-behandling vid operationen – som en del i behandlingen, liksom antibiotika och trombosprofylax. Är det inte skandal att så få höftfrakturpatienter får någon osteoporosbehandling alls? <sup>5</sup>

1. Savin K. Fortunas klädnader : lycka, olycka och risk i det tidigmoderna Sverige In Swedish. Avhandling, Lunds universitet. (Fortuna's Guises: Fortune, Misfortune, and Risk in Early Modern Sweden.), <https://www.kultur.lu.se/person/KristiinaSavin/> (2011, accessed Mars 11(2020)).
2. Berfenstam R. Saving childrens lives in Sweden through accident prevention, <https://scholarlycommons.law.case.edu/healthmatrix/vol4/iss1/8/> (1994, accessed Sept 24 2019).
3. Röding F. Injuries are not accidents. Academic dissertation, <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1552635/SPIKBLAD01.pdf> (2021).
4. Runyan CW. Using the Haddon matrix: introducing the third dimension. *Inj Prev* 1998; 4: 302–307. DOI: 10.1136/ip.4.4.302.
5. Kulbay AV, D, Thorngren KG. Hommel, A. Hedström, M. Sekundärprevention – fortfarande en utmaning efter fragilitetsfraktur. *Läkartidningen* 2016;113:D9HX 2021; 2021;118:2103

# Från tig och lid till upp och hoppa

Olle Nilsson

Under Richards många år som ortoped har specialiteten genomgått en formidabel utveckling där Richard i sina många roller inom specialiteten varit starkt bidragande. Ortopedins utveckling har gått hand i hand med Richards egen; först som kirurg på Serafimerlasarettet, till S.t Görans sjukhus och härefter under många år på Norrbackainstitutet. Norrbackainstitutet flyttade sedan till KS och blev en modern ortopedklinik med såväl traditionell ortopedi som frakturkirurgi och traumatologi. Norrbackainstitutet präglades av humanism och en ambition att ge barn med funktionshandikapp en behandling–men också en utbildning



Bild 19. Sy-lektion på Eugeniahemmet, där de handikappade barnen även fick en yrkesutbildning, under ledning av fröken Bruun. Lotta, på bordet till höger, saknar armar och lär sig sy med fötterna.

Specialitetens utveckling har gått hand i hand – och varit beroende av – utvecklingen inom en lång rad andra specialiteter såsom anestesiologi, radiologi och infektionsbehandling. Utvecklingen inom dessa specialiteten har varit central för utvecklingen av den moderna ortopedin med portalfigurer som:



Bild 20. Personer som bidragit till ortopedins utveckling. Från vänster: Marie Curie, Ignatz Semmelweis, Florence Nightingale, Alexander Fleming, Joseph Lister



Bild 21. Steget från de operationer som utfördes av bröderna Lambotte 1902 till en modern operationssal är enormt.

Den moderna ryggkirurgin fick sin start på Vanförestalten (Norrbacka) där den första operationen gjordes 1939. Ingreppen var på den tiden stora och riskabla, och medförde långvarig sjukhusvistelse och ofta en komplicerad rehabilitering. Den moderna diskbråckskirurgin innebär ett litet ingrepp med låg risk och goda resultat. Operationen kan nu ofta göras polikliniskt. Effekten på smärta – när operationen görs på rätt indikation är mycket god med 80–90% smärtreduktion.

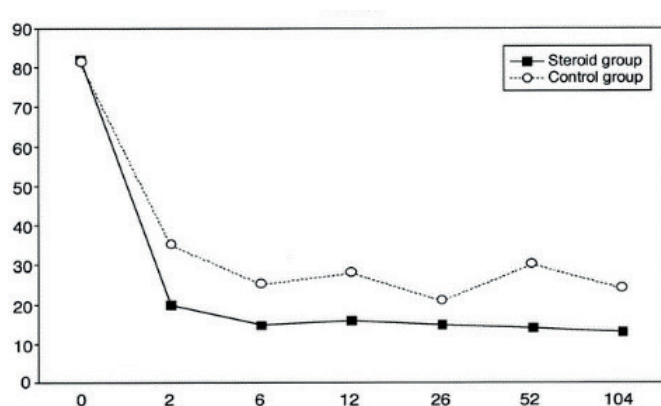


Bild 22. Så här mycket mindre smärta (egenrapporterad) får patienten efter operation för diskbråck (vita prickar). Ännu lite bättre blir det om man samtidigt behandlar med lokalt applicerad kortison (svarta prickar) i samband med operationen. Lundin et al.

Den tekniska utvecklingen har också varit formidabel – vilket kan exemplifieras med teknikutvecklingen för armproteser där man med hjälp av sensorisk återkoppling från ytan av den skadade extremiteten i kombination med modern teknik kan skapa en proteshand med både viss känsel och finmotorik.

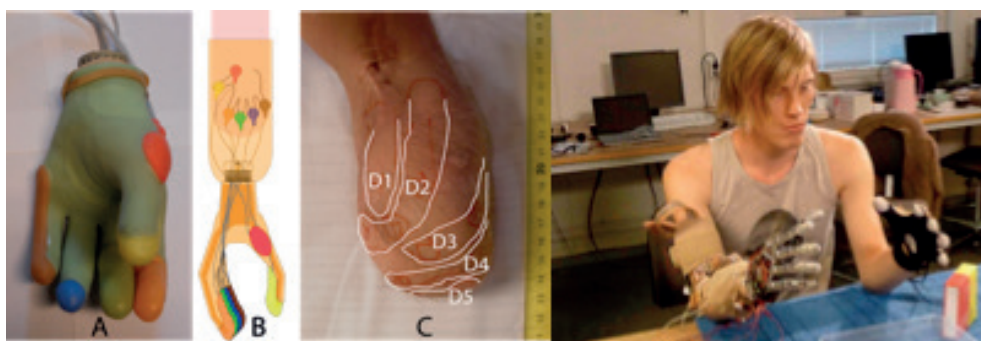


Bild 23. Genom små kuddar på protesen (A) överförs en signal till den amputerade "stumpen" (B). På stumpen har hjärnan projicerat områden som upplevs som fingrar (C). Genom att stimulera dessa områden känns det som en beröring av respektive finger. Detta kan sedan kopplas till en motorisk funktion (D). På så vis kan man få viss känselupplevelse och en motorisk funktion. (Fredrik Sibelius, Lunds Universitet)

Teknisk utveckling har också möjliggjort utvecklingen av den moderna mini-invasiva kirurgin och den artroskopiska kirurgin som utgör ett enormt framsteg med kraftigt förbättrade resultat inom många områden inom ortopedin i kombination med minskad risk. Detta kan exemplifieras med korsbandsrekonstruktioner, som på 70-talet innebar en stor operation med långvarig immobilisering (ofta 6 veckor i gips) men som idag görs artroskopiskt som ett polikliniskt ingrepp med mycket goda resultat. Flertalet patienter kan återgå i idrottsaktivitet på hög nivå.

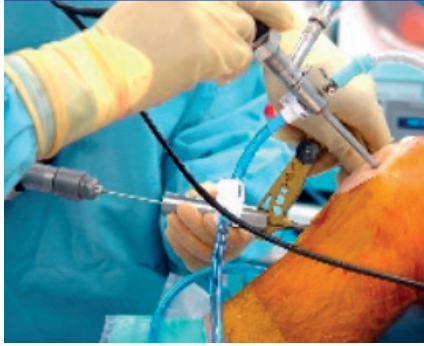


Bild 24. Två stora framsteg; Artroskopisk operation av korsbandsskada och MR undersökning av ett knä där en skada på övre fästet av det bakre korsbandet tydligt kan ses.

Ett annat viktigt exempel på ortopedins utveckling är ledproteserna som har inneburit en revolution i behandlingen för artros och även för många frakturer med mycket stora vinster för patienterna och för samhället. Sedan 1960-talet då den moderna proteskirurgin introducerades av Sir John Charnley har metoden utvecklats enormt och ger nu mycket goda resultat funktionsmässigt, smärtmässigt och dessutom med långsiktigt tillförlitlig hållbarhet.

Utvecklingen har verkligen gått framåt under Richards snart 50 år som ortoped: Från tig och Lid till Upp och Hoppa. Richard har i allra högsta grad varit delaktig i denna process. Ett STORT och varm tack från svensk ortopedi och från alla Richards många vänner och patienter.

# När och fjärran

Li Felländer-Tsai

Richards aktionsradie och resonans når långt utanför Stockholm och Sverige. Efter ordförandeskap i SOF efterträdde Richard Markku Järvinen som ordförande för Nordisk Ortopedisk Federation (NOF) 2006–2008, som under senare år expanderat och nu omfattar inte mindre än åtta länder. Den nordiska ortopedin vilar på en solid grund och inte minst de svenska ortopediska registren har genomgått en formidabel utveckling med knäprotes- och höftprotesregistret som internationella pionjärer.

Aggregeringen av data möjliggjorde tidig upptäckt av material- och metodproblem som skapade en grund för tidiga interventioner och justeringar vilket bidragit till ökad kvalitet till gagn för många patienter. Som ett andra steg startades registersamverkan på nordisk och senare även på internationell nivå vilket tveklöst fört svensk ortopedi till den internationella framkanten.

Acta Orthopaedica har här haft en framträdande roll och positionerat den moderna registerforskningen som nu tagit nästa steg mot nya metoder för tolkning av stora datamängder; maskininlärning och artificiell intelligens (AI). Vi befinner oss i en tid då AI upplever en renässans, men med nya utmaningar avseende transparens av algoritmer och dataset som tränat AI samt ett nytt kapitel inom den medicinska etiken.

Richard har också arbetat under många år inom *Union Européenne des Médecins Spécialistes* (UEMS) och som examinator vid den europeiska ortopedexamen inom EBOT (*European board of orthopedics and traumatology*).



Bild 25. Mingel på UEMS-möte i Dublin, 2013. Till höger, framför EU-flaggborgen med SOFs mångåriga fackliga sekreterare Hanne Hedin.

Richards tidigare chef på St Görans sjukhus Mac Felländer var mycket förtjust i Richard och talade alltid varmt om honom. Operationspersonalen har vittnat om att det spred sig ett lugn i operationssalen när Mac kände lambotten skrapa mot benet och han visste att han passerat mjukdelarna. Det var en tid då det var fullt normalt att gå rond i tweedkavaj och då dagens navigationssystem och operationsrobotar skulle framstått som ren science fiction.

Utöver att vara en outtömlig källa till kunskap och diplomati personifierar Richard även själva essensen av mästerlig professionalism och skärpa. Jag vill tillsammans med kollegorna i SOF, NOF, UEMS, EFORT och även Richards kollegor från tiden vid Hôpital Universitaire i Genève framföra vårt varma tack och stora uppskattning för Richards ovärderliga insatser och stora generositet.

# Richard – med sikte mot framtiden!

Wilhelmina Ekström

Richards multipla kompetenser omfattar inte enbart klinisk verksamhet och forskning. Inom universitetssjukhusens tre uppdrag har Richard även tagit stort ansvar för framtiden genom att delta i och driva utbildningsfrågor framåt på flera olika sätt. Richard blev 2011 studierektor vid dåvarande Karolinska Sjukhuset. Förutom den kirurgiska utbildningen månade även Richard om den teoretiska delen och anordnade regelbundna duggor för ST-läkare och intresserade kollegor. Parallellt med uppdraget som ST-studierektor verkade Richard som aktiv ledamot i det nationella nätverket för studierektorer, Ostrix. Richard initierade där diskussion och formulering av det individuella ST-kontraktet med dess innehåll av en detaljerad planering placeringar, kurser och kvalitetsaspekter såsom det fortgår än idag med syfte att harmonisera utbildningen.



Bild 26. På studierektorsmöte i Karlskrona 2011 med Tore Dalén.

Richard har under lång tid tagit ansvar som SPUR-inspektör även det med sikte på att stödja harmonisering och utveckling av kvalitet i ST-utbildning. Under åren 2013–2019 har Richard genomfört 9 inspektioner där varje inspektion omfattar 3 dagar på plats och därefter skriftlig återkoppling och uppföljning. Ett gediget uppdrag som uppskattas stort av mottagande klinik som erhåller stöd att komma vidare i sitt förbättringsarbete för sina ST-läkare.



Richard har under alla år engagerat sig starkt i det kliniska handledarskapets roll och betydelse för att förbättra aktuell och framtida ST utbildning. Handledarens ansvar att vara förebild för ST-läkare har poängterats på olika sätt. I Läkartidningen 2015 går det att läsa Richards synpunkt kring förhållningssätt; ”machobeteende, överdrivet självförtroende och impulsivitet har ingen plats i dagens operationsverksamhet.” Ett förhållningssätt som är än viktigare att framföra idag för att skapa ett patientsäkert klimat och för att undvika att våra patienter utsätts för risk för skada. Nedan förmedlas ett representativt citat för Richards inställning till specialister och ST-läkare.

”Viktigt att både de kirurger som lär ut och de kirurger som lär in – har rätt attityd till sitt arbete och till sina patienter för att skapa ett så patientsäkert klimat som möjligt”

Richard har även i sitt sikte på framtidens kollegor även gjort en stor insats för att bidra till god utbildning även på grundnivå för läkarstudenter. Under kirurgkursen på termin 7 har Richard genomfört föreläsningar, många seminarier, varit handledare på studentledd mottagning och sett till att studenterna fått möjlighet att delta vid operation. Sedan 1997 har Richard även bidragit till skriftliga och praktiska examinationer samt deltagit vid 20 muntliga examinationer.

Specialister, ST-läkare och framtidens kollegor framför härmed ett stort tack för den generositet Richard visat att dela med sig av sin stora kunskap och att vara en förebild för gott ledarskap och professionellt förhållningssätt.



Bild 27. A teacher affect eternity; he can never tell when his influence will stop (Henry Adams)

## ST-läkare

## Handledare

<b>Preop</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Kan jag patienten?</li> <li>✓ Är indikationen korrekt?</li> <li>✓ Finns etiska frågeställningar att ta hänsyn till?</li> <li>✓ Är patienten optimerad för ingreppet?</li> <li>✓ Har jag kunskap om ingreppet som ska utföras?</li> <li>✓ Vilka kritiska moment finns?</li> <li>✓ Vad vill jag lära mig?</li> <li>✓ Behöver jag backup och i så fall av vem?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Vilka förkunskaper har ST-läkaren?</li> <li>✓ Vilka inlärningsmoment finns under operationen?</li> <li>✓ Har jag avsatt tid för handledning?</li> <li>✓ Vilken instruktörsroll ska jag ha: Visa? Handleda? Assistera?</li> </ul>
<b>Samtal med handledaren</b>	<b>Samtal med ST-läkaren</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Kort genomgång av förberedelserna enligt ovan</li> <li>✓ Lägg upp en plan för ingreppet. Alternativa ingrepp?</li> <li>✓ Vem är huvudoperatör?</li> <li>✓ Vilka delmoment gör jag?</li> <li>✓ Förväntade svårigheter? Hur gör vi då?</li> <li>✓ Vad ska jag lära mig?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Kort genomgång av förberedelser</li> <li>✓ Plan för ingreppet och alternativa ingrepp</li> <li>✓ Vem är huvudoperatör?</li> <li>✓ Vem gör vilka delmoment?</li> <li>✓ Riskmoment? Hur hanterar vi dem?</li> <li>✓ Vilka farhågor har ST-läkaren och vilka har jag?</li> </ul>
<b>Postop</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Följde vi planeringen? Om inte, varför?</li> <li>✓ Vad lärde jag mig?</li> <li>✓ Vad kan jag förbättra inför nästa operation?</li> <li>✓ Vad gjorde jag bra?</li> <li>✓ Hur fungerade handledningen?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Följde vi planeringen? Om inte, varför?</li> <li>✓ Hur fungerade handledningen?</li> <li>✓ Vilka färdigheter ska ST-läkaren träna på?</li> <li>✓ Har jag givit och mottagit feedback?</li> <li>✓ Vad lärde jag mig?</li> </ul>

Tabell 1 Ge kniven vidare, checklista.

# 48 timmar i Windhoek, Namibia

Henrik Bauer

Då jag kom till KS i augusti 1986 hade ortopedkliniken just flyttat från Norrbacka till huvudbyggnaden. Richard var redan då en av de mer seniora kirurgerna, jag var yngst. När han nu drar sig tillbaka från klinisk tjänst så blir jag äldst. Vi har under dessa nästan 40 år kommit allt närmare varandra både på kliniken och privat. Då, på 80-talet inspirerades jag av Richards berättelser om när han var läkare på en svensk FN tropp under kriget i Libanon. När jag nu också närmar mig slutet av karriären så tyckte jag det var lämpligt med ett eget äventyr som tagit mig och min familj till Sydafrika. Där arbetar jag som klinisk mentor för Dr. Thomas Hilton som driver sarkomverksamheten i Kapstaden. Min huvudsakliga uppgift är att bygga upp ett *South African Sarcoma Register* för att kvalitetssäkra sarkombehandlingen. Jag arbetar på Groote Schuur Hospital.



Bild 28. Groote Schuur Hospital i Cape Town där där Christiaan Barnard utförde den första lyckade hjärttransplantationen 1967.

Dr. Hilton åker 3–4 gånger per år till Windhoek i Namibia för att ha mottagning för patienter med ortopediska tumörer och för att operera. Jag skulle följt med honom i maj 2021 men pga Covid-pandemin så tog syrgasen nästan slut i Namibia så vi kunde inte operera, och resan blev inställd. Istället åkte vi den 1 december 2021 precis när världen hade stängt dörren till Sydafrika på grund av Omicron Vi kom till Windhoek på eftermiddagen och åkte direkt till universitetssjukhuset.



Bild 29. Universitetssjukhuset i Windhoek.

Sjukhuset var rätt nergånget, halvmörkt för att spara el. När Dr. Hilton frågade efter toaletten på ortopedmottagningen sa sköterskan att han nog inte vill använda den. Det var bättre på den mer nybyggda onkologkliniken där 16 patienter satt och väntade. Patienterna presenterades av underläkare på ortopedien och av en onkolog, röntgenbilderna sattes upp på gammeldags ljusskåp som jag inte sett på 20 år. Vi såg sammanlagt 16 patienter varav vi gjorde nålbiopsier på två patienter direkt på mottagningen och sju sattes upp för operation följande dag.



Bild 30. En 26-årig man med diagnosen jättecellstumör sedan oktober 2020 men som inte blivit opererad på grund av resursbrist. Han sändes sedan till Kapstaden för resektion och insättning av megaprotos i februari 2022.

Operationsavdelningen i Windhoek var mycket välfungerande, snabbt mellan bytena, alla hjälptes åt. Kirurgerna är med och lägger upp, tvättar, dukar och sätter KAD enligt anglosaxisk tradition. WHO safety check list användes vilket vi också gör i Kapstaden. Utrustningen var välhållen om än lite gammal, ungefär som när Richard opererade på Norrbacka på -80 talet, men det har ju inte hänt så mycket sedan dess.



Operationsavdelningen i Windhoek. Nästa patient väntade ensam bakom dörrarna med runt fönster. Även 12 åriga barn väntade där utan föräldrar.

På operation påföljande dag utförde vi två nålbiopsier i narkos, två öppna biopsier, två utskrap av chondromyxoid fibrom samt en

rekonstruktion efter pseudartros höger femur. Då det inte fanns implanterat så bestämde vi oss för att operera honom sist på dagen för att få tid att klura ut en lösning.

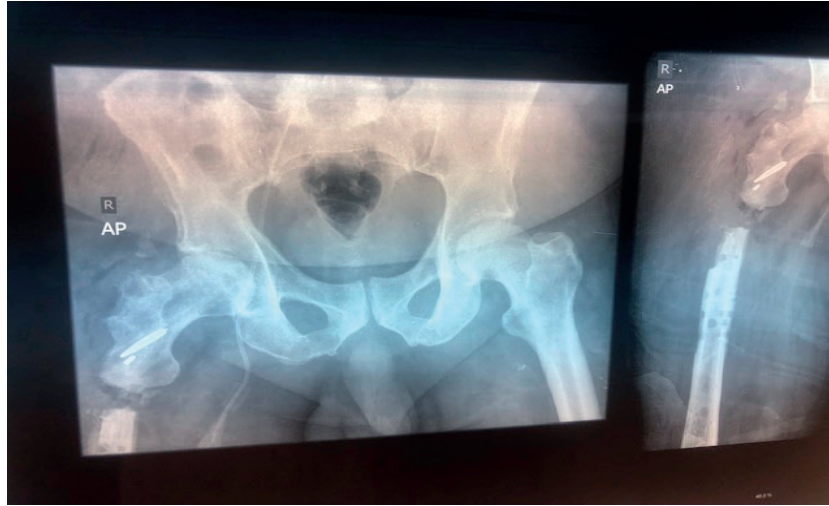


Bild 31. En 65-årig man som vid trafikolycka 2019 fick en subtrokantär femurfraktur som mörghspikades, men gick till pseudartros. Reoperation med platta; infektion. Nu var all metall borttagen och det fanns ingen uppenbar infektion. Vi tänkte sätta megaprotos men någon sådan fanns inte; ej heller cement...



Bild 32. Forts. Vi lyckades lokalisera 4 enheter cement som sjukhusdirektören lät oss använda. Efter resektion av proximala femur tog vi en Küntscher spik i vilken vi kunde slå ner en 15 cm vanlig femurprotes och på så sätt skapa en megaprotos som sedan cementerades fast.

*Rickard!*  
*Tack för din vänskap och stöd under alla dessa år.*

*Som avslutning en bild från Allesverloren, en av de mer kända vingårdarna i Swartland utanför Kapstaden.*



Bild 33. I januari varje år summerade Richard föregående års kirurgiska produktion, och de som opererat mest, eller handlett flest operationer, eller var bästa "rookie" fick varsin fin flaska vin. Men även en flaska Allesverloren till dem som behövde tröst och uppmuntran.

## Dramatis personæ-bildgalleri



Bild 34. Norrbacka anno 1983. Bakre raden från vänster: Jaroslaw Zolendronowski, Johan Isaksson, Andris Kreicbergs, Lars-Åke Broström, Anders Wykman, Ulf Nilsonne, Richard Wallensten, Peter Låftman, Per Bylund, Julius Soreff. Främre raden från vänster: Muhammed Sadek, Gert Walheim, Helena Saraste, Tomas Aparisi, André Stark, Georg Hirsch, Anders Ernberg.



Bild 35. Karolinska 1990: Bakre raden från vänster: Per Bylund, Anders Wykman, Ian Goldie, Arne Lundberg. Främre raden från vänster: Ulf Nilsson, Richard Wallensten, Per Gillström, Muhammed Sadek, Peter Köhler, Henrik Bauer, André Stark, Lars-Åke Broström.

### *Karolinska 2004*



Bild 36. Karolinska 2004. Bakre raden från vänster: Gustav Rydelius, Paul Ackerman, Henrik Dahlstrand, Marjut Sohlman, Leif Ryd, Per Renström, Magnus Legert, Buster Sandgren, Rudiger Weiss. Mellersta raden från vänster: Lars Weidenhielm, Per Wretenberg, Lotta Karlsson-Thur, André Stark, Marie Askenberger, Wilhelmina Ekström, Henrik Lundblad, Henrik Bauer, Rikard Wedin. Mellersta raden från vänster: Jonas Bergström, Zewar Al-Dabbagh, Otte Brosjö, Karl-Åke Jansson, Anders Hugo, Gunnar Sandersjö, Per Svedmark. Bordlagd: Richard Wallensten.



# Curriculum vitæ

Född 1945 i Stockholm

Studentexamen 1963

Medicinska studier vid Karolinska Institutet 1963–1970

Medicine licentiat 1970

Legitimerad läkare 1970

Specialist i allmän kirurgi 1975

Specialist i ortopedisk kirurgi 1976

Medicine doktor 1983 med avhandlingen ”*The Medial Tibial and Chronic Anterior Compartmental Syndrome*”

Docent i ortopedi vid Karolinska Institutet 1984

Verksam som allmänkirurg under åren 1967–1975 vid Karlskoga lasarett, Örebro lasarett, Serafimerlasarettet, S:t Görans sjukhus, Ersta sjukhus. Randutbildning i anestesi vid Danderyds sjukhus 1969–1970.

Verksam vid ortopedkliniken på Karolinska sjukhuset 1975–2021.  
Överläkare sedan 1991.

Professeur d’Orthopédie vid Hôpital Universitaire de Genève 1992–1993

Utlandsarbete som ortoped i Libanon 1997, Irak 1988, Tanzania 2005

Forskningssejourer vid Massachusetts General Hospital, Boston 1976 och Veterans Administration hospital, La Jolla 1978

Facklig sekreterare i Svensk Ortopedisk Förening 1983–1992

Ordförande i Svensk Ortopedisk Förening 1998–2001

Ordförande i Svenska Ortopedtraumatologiska Sällskapet 2002–2007

Ordförande i UEMS sektion för ortopedi och traumatologi 2004–2008

Adjungerad medlem i EFORTs exekutivkommitté 2004–2008

Ordförande i Nordisk Ortopedisk Federation 2006–2008

Ordförande i Socialstyrelsens nationella riktlinjer före rörelseorganen 2009–2012

Hedersmedlem i Svensk Ortopedisk Förening

Hedersmedlem i Svenska Ortopedtraumatologiska Sällskapet

Korresponderande medlem i American Shoulder and Elbow Surgeons

Ordinarie medlem i European Society for the Shoulder and Elbow

Medlem i Deutsche Gesellschaft für Orthopädie

Nationell delegat för Sverige i Société Internationale de la Chirurgie d’Orthopédie et Traumatologie

Medicinsk rådgivare åt HSAN, IVO, LÖF, AFA och PFN

# Bibliografi

- Holmstrom B, Ulden R and Wallensten R. Angiography with vasoactive drugs in diagnosis of diverticular disease and carcinoma of the sigmoid colon. *Acta Chir Scand Suppl* 1978; 482: 57–58. 1978/01/01.
- Cooperman DR, Wallensten R and Stulberg SD. Post-reduction avascular necrosis in congenital dislocation of the hip. *J Bone Joint Surg Am* 1980; 62: 247–258. 1980/03/01.
- Stulberg SD, Cooperman DR and Wallensten R. The natural history of Legg-Calve-Perthes disease. *J Bone Joint Surg Am* 1981; 63: 1095–1108. 1981/09/01.
- Stark A, Brostrom LA and Wallensten R. Total hip replacement with or without trochanteric osteotomy. *Arch Orthop Trauma Surg* 1982; 100: 225–228. 1982/01/01. DOI: 10.1007/BF00381661.
- Wallensten R and Olsson E. Rearthroplasty of the hip joint. *Acta Orthop Scand* 1982; 53: 273–277. 1982/04/01. DOI: 10.3109/17453678208992215.
- Cooperman DR, Wallensten R and Stulberg SD. Acetabular dysplasia in the adult. *Clin Orthop Relat Res* 1983; 79–85. 1983/05/01.
- Wallensten R. Results of fasciotomy in patients with medial tibial syndrome or chronic anterior-compartment syndrome. *J Bone Joint Surg Am* 1983; 65: 1252–1255. 1983/12/01.
- Wallensten R and Eklund B. Intramuscular pressures and muscle metabolism after short-term and long-term exercise. *Int J Sports Med* 1983; 4: 231–235. 1983/11/01. DOI: 10.1055/s-2008-1026040.
- Wallensten R and Eriksson E. Intramuscular pressures in exercise-induced lower leg pain. *Int J Sports Med* 1984; 5: 31–35. 1984/02/01. DOI: 10.1055/s-2008-1025877.
- Wallensten R and Karlsson J. Histochemical and metabolic changes in lower leg muscles in exercise-induced pain. *Int J Sports Med* 1984; 5: 202–208. 1984/08/01. DOI: 10.1055/s-2008-1025906.
- Samuelsson L, Bergstrom K, Thuomas KA, et al. MR imaging of syringohydromyelia and Chiari malformations in myelomeningocele patients with scoliosis. *AJNR Am J Neuroradiol* 1987; 8: 539–546. 1987/05/01.
- Rosfors S, Bygdeman S and Wallensten R. Venous circulation after fasciotomy of the lower leg in man. *Clin Physiol* 1988; 8: 171–180. 1988/04/01. DOI: 10.1111/j.1475-097x.1988.tb00206.x.
- Samuelsson L, Bergstrom K, Thuomas KA, et al. Scoliosis in

- myelomeningocele. Significance of syringohydromyelia and Chiari malformations studied with magnetic resonance imaging. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 1988; 74 Suppl 2: 310–311. 1988/01/01.
- Styf J and Wallensten R. [Chronic compartment syndrome of the lower leg]. *Lakartidningen* 1988; 85: 214–217. 1988/01/27.
- Olsson E, Andersson D, Brostrom LA, et al. Shoulder function after prosthetic replacement of proximal humerus. *Ann Chir Gynaecol* 1990; 79: 157–160. 1990/01/01.
- Brostrom LA, Kronberg M and Wallensten R. Should the glenoid be replaced in shoulder arthroplasty with an unconstrained Dana or St. Georg prosthesis? *Ann Chir Gynaecol* 1992; 81: 54–57. 1992/01/01.
- Brostrom LA, Wallensten R, Olsson E, et al. The Kessel prosthesis in total shoulder arthroplasty. A five-year experience. *Clin Orthop Relat Res* 1992: 155–160. 1992/04/01.
- Fritschy D and Wallensten R. Surgical treatment of patellar tendinitis. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 1993; 1: 131–133. 1993/01/01. DOI: 10.1007/BF01565468.
- Fritschy D, Panoussopoulos A, Wallensten R, et al. Can we predict the outcome of a partial rupture of the anterior cruciate ligament? A prospective study of 43 cases. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 1997; 5: 2–5. 1997/01/01. DOI: 10.1007/s001670050015.
- Schulman S, Wallensten R, White B, et al. Efficacy of a high purity, chemically treated and nanofiltered factor IX concentrate for continuous infusion in haemophilia patients undergoing surgery. *Haemophilia* 1999; 5: 96–100. 1999/04/24. DOI: 10.1046/j.1365-2516.1999.00284.x.
- Wallensten R. [Every case reported to the HSAN is evaluated in relation to the circumstances]. *Lakartidningen* 1999; 96: 3512. 1999/09/24.
- Wretenberg PF and Wallensten R. The Kessel total shoulder arthroplasty. A 13- to 16-year retrospective followup. *Clin Orthop Relat Res* 1999: 100–103. 2000/01/11.
- Isacson J, Stark A and Wallensten R. The Wagner revision prosthesis consistently restores femoral bone structure. *Int Orthop* 2000; 24: 139–142. 2000/09/16. DOI: 10.1007/s002640000130.
- Pogliacomini F, Stark A, Vaienti E, et al. Periacetabular osteotomy of the hip: the ilioinguinal approach. *Acta Biomed* 2003; 74: 38–46. 2003/06/24.
- Schulman S, Loogna J and Wallensten R. Minimizing factor requirements for surgery without increased risk. *Haemophilia* 2004; 10 Suppl 4: 35–40. 2004/10/14. DOI: 10.1111/j.1365-2516.2004.01041.x.

- Pogliacomì F, Stark A and Wallensten R. Periacetabular osteotomy. Good pain relief in symptomatic hip dysplasia, 32 patients followed for 4 years. *Acta Orthop* 2005; 76: 67–74. 2005/03/25. DOI: 10.1080/00016470510030346.
- Schulman S, Tjonnfjord GE, Wallensten R, et al. Continuous infusion of recombinant factor VIIa for surgery in patients with deficiency of factor VII. *Thromb Haemost* 2005; 94: 1177–1180. 2006/01/18. DOI: 10.1160/TH05-05-0342.
- Pogliacomì F, De Filippo M, Costantino C, et al. 2006: the value of pelvic and femoral osteotomies in hip surgery. *Acta Biomed* 2007; 78: 60–70. 2007/08/11.
- Wykman A and Wallensten R. [Thank the barber-surgeon Neumann for Charles XII healed fractures]. *Lakartidningen* 2009; 106: 3359–3362. 2010/01/29.
- Engstrom-Laurent A, Johansson P, Jacobsson L, et al. [More equal care with new guidelines for musculoskeletal disorders]. *Lakartidningen* 2012; 109: 1102. 2012/07/20.
- Neuhaus V, Bot AG, Guitton TG, et al. Scapula fractures: interobserver reliability of classification and treatment. *J Orthop Trauma* 2014; 28: 124–129. 2013/05/01. DOI: 10.1097/BOT.0b013e31829673e2.
- Zetterberg E, Palmblad J, Wallensten R, et al. Angiogenesis is increased in advanced haemophilic joint disease and characterised by normal pericyte coverage. *Eur J Haematol* 2014; 92: 256–262. 2013/10/31. DOI: 10.1111/ejh.12227.
- Wallensten R and Gustafson P. [Macho orthopedist = patient risk]. *Lakartidningen* 2015; 112 2015/09/09.



