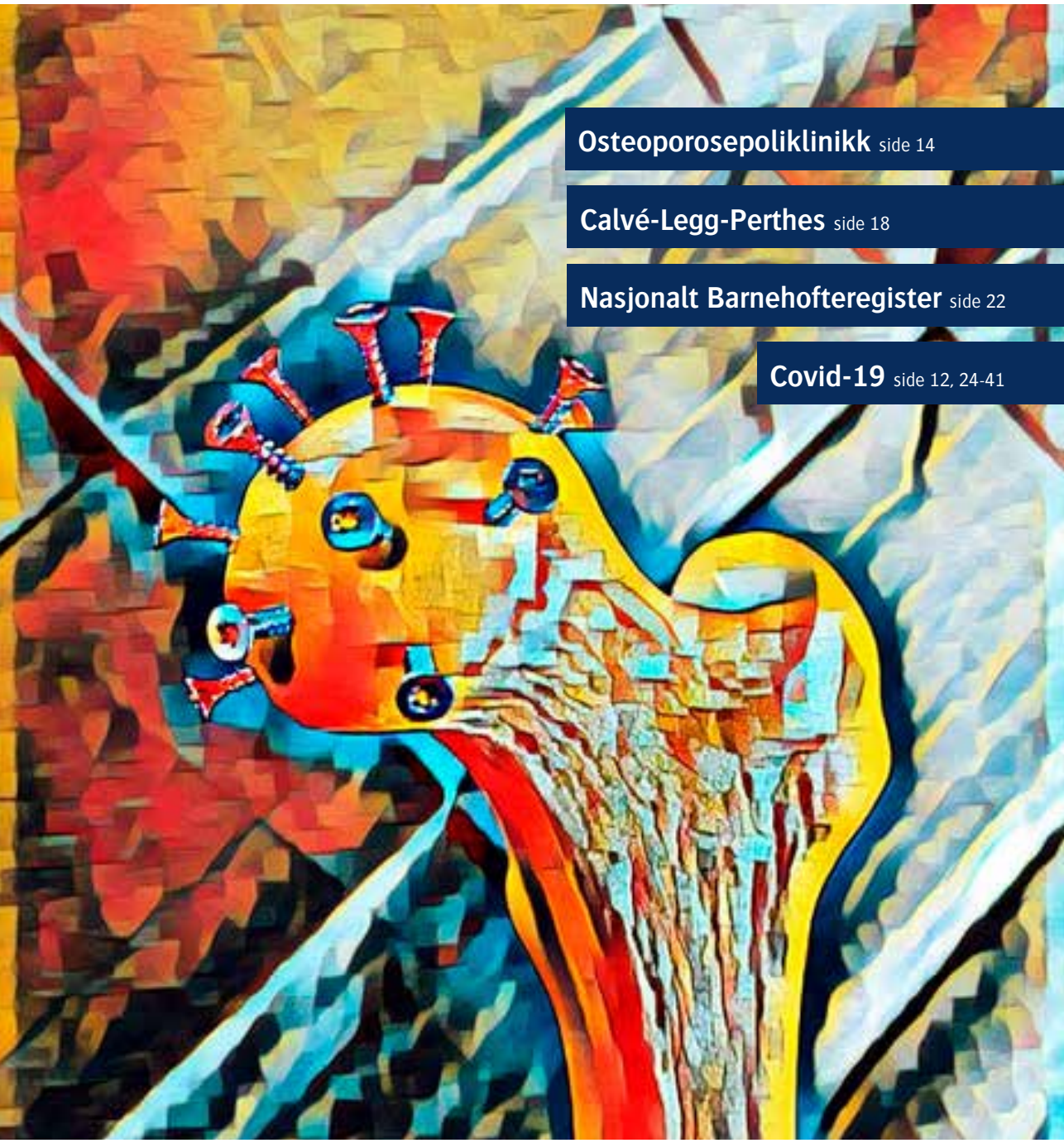
NOP | Norsk ortopedpost

Juni 2020 - nr. 2 - årgang 25



Osteoporosepoliklinikk side 14

Calvé-Legg-Perthes side 18

Nasjonalt Barnehofteregister side 22

Covid-19 side 12, 24-41

Ilustrasjon: Corona Femoris © Jørgen Andvig

Simply advanced

The EVOS SMALL Plating System takes an evolutionary approach to **simplifying** and **unifying** small fragment plating systems.

smith&nephew
EVOS◇ SMALL
Plating System

Supporting healthcare professionals

Smith & Nephew, Inc. *Trademark of Smith & Nephew ©2017 Smith & Nephew 12340-en V1 1117

NOP | Norsk ortopedpost

Norsk ortopedpost skal formidle relevant ortopedisk informasjon til medlemmene. Bladet skal også være bindeledd mellom industrien og brukeren. Det skal ikke være et vitenskapelig tidsskrift. "Takhøyden" skal være stor, og vi ønsker oss en levende og leseverdig Norsk ortopedpost. For å skape et bedre blad og forenkle det frivillige arbeidet til redaksjonen, ber vi om at man tar hensyn til følgende:

1. Vi ønsker artikler/innlegg med forenklet språkbruk og hvor følgende hensyn er tatt:
   - Heading som vekker interesse
   - Ingress og subheadinger

2. Krav til tekstdokumentet
   - Wordfiler
   - Uten linjeskift
     – tekst skrives løpende inn i manus
   - Nye avsnitt med 2 linjeskift
     – dvs. 1 blank linje mellom
   - Aldri versaler (store bokstaver)
   - Uthevet tekst markeres i menylinjen med fetere eller større bokstaver
   - Lagre som (save as) vanlig word dokument eller ren tekst

3. Bilder
   - Minimum oppløsning 300 dpi
   - Størrelse 10x15 cm eller større
   - Format JPG, EPS eller TIFF

4. Annonseformater (bredde x høyde)
   - **NOPen** utfallende 170 x 240 mm +3 mm
     Høstmøteboken – utfallende A5
     – 148,5 x 210 mm + 3 mm
   - Høyoppløselig pdf hvor fonter og høyoppløselige bilder er inkludert

Layout, grafisk produksjon og annonsesalg
- Ødegaard reklame & design as,
  telefon: 66 78 32 00, mail: bente@odesign.no

Deadline nr. 3, 2020: 07.09.2020

NORSK ORTOPEDISK FORENING

Leder Greger Lønne
Sykhuset innlandet
Tlf: 97 11 41 07
e-post: gloenne@mac.com

Nestleder Trude Basso
St. Olavs hospital
Tlf: 95241982 (72829661)
e-post: trudebasso@gmail.com

Sekretær Hege Framnes
Haukeland universitetssykehus
Tlf: 93890022
e-post: hegeframnes@gmail.com

Web-ansvarlig Ann Kristin Hansen
Universitetssykehuset Nord-Norge
Tlf: 40 45 21 12
e-post: ann.k.hansen@uit.no

Kasserer Monica Sailer
Akershus universitetssykehus
Tlf: 45 61 47 28
e-post: monica_sailer@yahoo.no

Redaktør NOP Jørgen Andvig
Helse Nordmøre og Romsdal, Molde SH
Tlf: 97589123
e-post: jorgenandvig@gmail.com

Leder spesialitetskomiteen Øystein B Lian
Kristiansund sykehus
Tlf.: 90 79 99 49
e-post: ob-lian@online.no

Leder for kvalitetsutvalget Lars Gunnar Johnsen
St. Olavs hospital, Trondheim
Tlf.: 41 93 31 94
e-post: lars.gunnar.johnsen@stolav.no

Leder LIOS Michael Pihl
Bærum sykehus, Vestre Viken HF
Tlf: 99389123
e-post: michael_pihl@hotmail.com

Avgått leder Cato Kjærvik
Nordlandssykehuset Vesterålen
Tlf: 41 66 26 67
e-post: catokjarvik@gmail.com

NanoScope™

The Next Generation Needle Size Arthroscopy System

Welcome to the Future of Arthroscopy

NanoScope™ Handpiece

- Single use sterile camera
- 1.9 mm scope diameter
- Integrated LED light source
- Lightweight and well balanced
- Minimally invasive direct visualization during preoperative, intraoperative, and postoperative phase of care

NanoScope™ Console

- Portable control unit – including documentation and data management
- 13'' touch screen monitor
- Rechargeable battery-powered
- Medical grade device
- Ethernet, USB, and HDMI ports – wireless network capabilities

www.arthrex.com

© Arthrex GmbH, 2019. All rights reserved.

Arthrex®

NOP | Norsk ortopedpost

Innhold

Redaktørens lederspam 7
Jørgen Andvig

Leder – Webinar 11
Greger Lønne

Fag & rapporter

Rappport fra ortopedisk coronaavdeling Ullevål sykehus 12
Martin Ø. Riiser

Ny underforening 13
Jon Dahl

"Hurtigguide" til osteoporosepoliklinikk 14
Ane Djuv

Calvé-Legg-Perthes –landsundersøkelsen 18
Stefan Huhnstock mfl.

Nasjonalt Barnehofteregister 22
Trude Gundersen

COVID-19

Covid-19 i nord Rapport fra UNN 24
Amund Henden Hjerpbakk

Historisk samarbeid i krisetider 28
Wender Figved og Kjetil Nerhus

Utvortes bruk – jobbglidning på St. Olavs hospital 30
Solveig Eithun og Sandra Salberg

Fra idé til prototype og patentsøknad på seks uker 32
Max Temmesfeld og Rune B. Jakobsen

Orthopaedic VIrus Detection 2020 (OVID20) 36
Lene B. Solberg

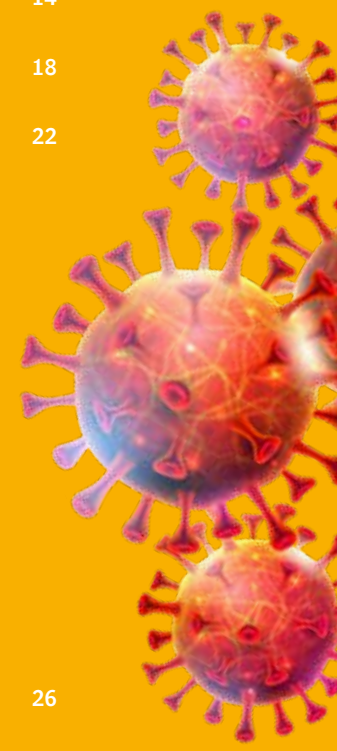
Kjærlighet til hofte- og knekirurgi i koronaens tid 38
Mona Badawy mfl.

Faste spalter *mm.*

Boner blog – Dr. Margo Bein 26
Jørgen Andvig

Litteraturspalten: Pesten 42

Kurs/konferanser/stipender/Things to do 2020 46



SPII® and **SP-CL**® - Anatomically adapted hip stems.

Anatomy defines the shape.

We used our decades of experience in anatomical prosthesis design for the development of a new cementless hip.
The result comes close to nature:
The anatomically shaped LINK® **SP-CL**®. It follows a concept that has proven its success in registries*
and clinical studies like the LINK® **SP II**® Hip System.

Waldemar Link GmbH & Co. KG · www.linkorthopaedics.com · info@linkhh.de
Distributør: Link Norway AS · Energivegen 5 · 2069 Jessheim · firmapost@linknorway.no · +47 22 72 16 80

* Annual Report 2011; Swedish Hip Arthroplasty Register; www.shpr.se

LINK®
Moving on.

Redaktørens lederspam

Jørgen Andvig, redaktør

2020 begynte vel egentlig ganske bra. Til tross for Donald Trumps iherdige forsøk på å starte 3. verdenskrig på Twitter var skiføret strålende mange steder og verden var tilsynelatende i rimelig god ekvilibrium. Det vil si; Australia hadde nesten brent ned til grunnen, krigsflyktninger i Europa og andre deler av verden led fortsatt i umenneskelige leire, og mange var allerede kommet til en erkjennelse om at bærekraften i verden balanserer på en knivsegg under de rådende forventningene om mer vekst og mer materiell velstand til alle. Alt dette imens vi her i Norge var mest opptatt av om fiskeriministeren skal ha dobbel eller enkel lønn. Alt som før, med andre ord.

Så kom mars måned, og Covid-bomben slo ned nærmest som lyn fra klar himmel. Vi ble fullstendig overrumplet av en fotogen mikroorganisme som viser seg å ha en forbløffende evne til smitte mellom mennesker, og være akkurat passe treig med dødeligheten til å skape en megapandemi, til tross for Kinesiske myndigheter forsikringer om det motsatte. Ikke fordi vi ikke var advart. Det har vært fremmet mange spådommer om pandemier, og det har vitterlig vært flere kandidater i form av SARS, MERS, Ebola og andre, uten at de har resultert i merkbare virkninger i vår del av verden. Vi så også hvordan kineserne bygget enorme sykehus på få uker, og isolerte hele byer for å forsøke å bekjempe spredningen. Likevel ble vi overrasket og satt i sjakk av det nye Coronaviruset. Vi var med det samme stilt overfor en situasjon der frykten var at spredningen i befolkningen ville være så omfattende at helsevesenet faktisk ville knele. Dødeligheten isolert sett ville sannsynlig være relativt lav gitt adekvat behandling for

> ” … han [var] alt som skulle til for å holde mange på riktig side av galskapen, så vi rasjonelt og beregnet kunne hamstre doruller og joikaboller …

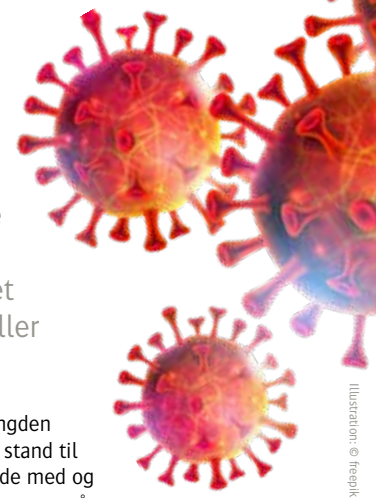


Illustration: © freepik.com

evt. respirasjonssvikt, men mengden pasienter ville gjøre oss ute av stand til å gi tilstrekkelig helsehjelp til de med og de uten Covid-19. Man måtte reagere på en usynlig fiende, med potensiell ødeleggende kraft, uten å vite hvor stor faren egentlig var. Myndighetene skjelte til folkehelseinstituttets faglige anbefalinger, stolte passe mye på helsedirektøren og ga etterhvert etter for kravene fra massene som følger Danmarks statsminister Mette Frederiksen på sosiale medier. Det ble bestemt at vi først skulle bremse, deretter slå ned viruset som var kommet innenfor murene, og det ved å gjennomføre en delvis kontrollert nedstenging av samfunnet.

Befolkningen hadde vel gått helt bananas hvis ikke Netflix akkurat hadde rukket å slippe en dokumentarserie om en polygam, våpenglad dyrepasser med ustabilt kne og 223 tigre i hagen. Med kretsmesterskap i hockeysveis og en garderobe som tatt ut av Sirkus Arnardos nå avlyste turné, var han alt som skulle til for å holde mange på riktig side av galskapen, så vi rasjonelt og beregnet kunne hamstre doruller og joikaboller til den store dommedagen som formodentlig ventet.

Is i rubben

Advarsler til tross; ingen kunne forutsi hvordan dette ville spille ut. Ikke engang redaksjonen i Norsk Ortopedpost som til vanlig er nærmest profetisk anlagt. Altså var påskenummeret som gikk i trykken i begynnelsen av mars nærmest kjemisk fri for coronastoff (med ett hederlig unntak om håndhilsing). Det føltes underlig å gi ut et medlemsblad i den situasjonen, uten at det engang var et tema. Et påskenummer til påsken som ble avlyst – is i rubben.

Metamorfose

Mange av oss har de siste månedene vært gjennom en metamorfose som følge av den enorme omveltningen som inntraff med beredskapsplanlegging for den gryende pandemien. Elektiv aktivitet nærmest opphørte over natten og man forberedte seg på en overveldende

Redaktørens lederspam Fortsatt ...

> ” ... Fortsatt har nok ortopeder en vei å gå før stempelet som ”beinhuer” er kvitt, det kan vi se av de mange advarslene om å holde seg hjemme ...”

influx av pasienter med lungesykdom. Det har gitt noen ortopeder mulighet til å raskt omskolere seg for å ivareta eksempelvis indremedisinske pasienter. Der to ortopeder sammen skal tolke blodgasser og EKG er som kjent potensialet for dobbelblindede studier utømmelig. Flere steder er videokonsultasjoner blitt en ny norm, og kanskje er det et tydelig signal om hvordan man kan innrette seg i fremtiden. Det viser oss at omstilling av vanedyr som oss også er mulig. Fortsatt har nok ortopeder en vei å gå før stempelet som ”beinhuer” er kvitt, det kan vi se av de mange advarslene om å holde seg hjemme, ”ellers kommer ortopeden og behandler lungebetennelsen din!” akkompagnert av et bilde av en stereotypisk ortoped-kis som ser mest ut som kjærlighetsbarnet til Yngvar Krukhaug og Øystein Lian.

Altoverskyggende tema

NOP kan aldri håpe på å være dagsaktuelt med relativt lang latens på trykk og utgivelse, men vi satser på å være blant de beste på etterpåklokskap, også kjent som revy. Derfor er utgivelsen til sommeren preget av rapporter fra ortopeder som har opplevd helsevesenet i Covid-19 beredskap. Det er interessant å lese hvordan den har vært løst rundt omkring. Når til og med hofte- og knekirurgene ikke vil fortelle om det siste innen sementeringsteknikk eller pressfit med innvekst, men heller om sine coronaopplevelser får vi innse at det er mer eller mindre altoverskyggende. Akademisk anlagte ortopeder finner heldigvis forskning overalt skal vi lese om i rapporter fra OUS, og vi får høre om da innovatørene på Ahus på rekordtid fikk produsert en innretning for smittesikring av flytehjelmer. Vi får heldigvis også regulære innlegg av faglig høy kvalitet om blant annet barnehofter av flere forfattere, og oppdatering om kvalitetsarbeidet til den elleville gjengen i LIOS.

Hvem vil forresten reise til syden?

Med det ønsker jeg alle gode kolleger rundt om i landet en riktig god sommer! En sommer som de fleste vil tilbringe i Norge, grunnet egne og/eller myndighetspålagte reiserestriksjoner. Hvem vil forresten reise til syden uansett? Sist denne redaktøren var der smakte vannet så rart at jeg måtte drikke fra minibaren hele uken, så den ferien husker jeg ingenting fra. Kanskje er det året for langtur til en annen landsdel, eller feriering i eget nærområde. Det er da heller intet tap vil jeg påstå, all den tid vårt fantastiske land har alle muligheter innenfor egne grenser. Her på Nordvestlandet har vi, til alle østlendingers store misunnelse, fjord og fjell rett utenfor døren, og kan benytte oss av lukene i været til instagramverdige turer på daglig basis. Badetemperaturene kan man dog ikke skryte av, men moderne neopren gir uante muligheter til vannsport hele året. Riktignok er den sørlandske skjærgården, min egen barndoms idyll, hakket mer badevennlig og erketypisk for den norske drømmesommeren. Bare husk minimum 1 m avstand mellom daycruiserne i Blindleia! Til trøst for de som bor i nord som tilsynelatende vil måke snø til uti 2022, kjenner jeg flere østlendinger som gjerne skulle hatt skiføre hele året. Nå kan dere le av dem som har bygget seg verdens største innendørs skiløype på Lørenskog som ingen får bruke. I fravær av kontinentale bobiler og en liten dose værflaks kan Nord-Norge by på noe av det absolutt beste i vårt langstrakte land. Spesielt drømmer jeg meg tilbake til Lofoten, der topptur på ski og surf på Unstad gjerne kunne finne sted på samme dag, spesielt ettersom solen aldri sier god natt.

Med ønske om en fortreffelig sommer - prosit!

Evig deres,
redaktøren

> ” ... erketypisk for den norske drømmesommeren. Bare husk minimum 1 m avstand mellom daycruiserne i Blindleia!”

Foto: © Lillian Tverr/Shutterstock.com

KEBOMED

Spesialisert leverandør
av innovativt medisinsk utstyr

TrueShot
Hylse, bor og suturanker i samme håndtak til bruk for hånd- og fotkirurger

Hall MicroFree
Penneholdt sag og bormaskiner
med vaskbare og steriliserbare batterier

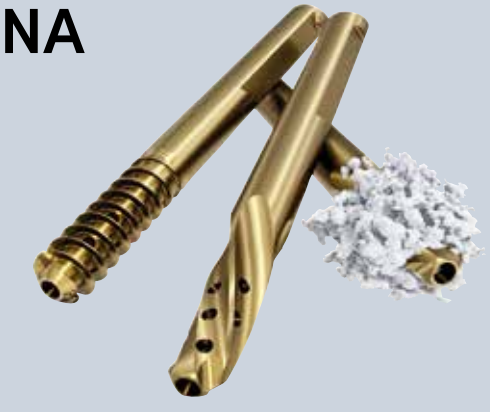
ConMed · KLS martin GROUP · bioventus · IceBand® by MD R.Ihrman Patent Pend.

KEBOMED AS I Midtunhaugen 17, N-5224 Nesttun I Telefon: 55 98 77 00 I Faks: 55 98 77 01 I www.kebomed.no

ØKT EFFEKTIVITET

Sterile Distal radius kit/instrument kit

TFNA



DePuy Synthes

Ortomedic

Vollsveien 13E, 1326 Lysaker - Tlf: 67 51 86 00
ortomedic@ortomedic.no - www.ortomedic.no

Årets høstmøte blir webinar

Greger Lønne, styreleder

Nå som koronapandemien har snudd verden på hodet ser vi oss nødt til å endre på en årelang høstmøtetradisjon. Så i år blir det altså webinar. Vi ser ikke for oss at viruset fordufter fra jordens overflate innen oktober, og må derfor ta høyde for at det kan komme nye smittebølger.

Det siste vi vil er å risikere at 500 ortopeder må settes i karantene ved et ev. utbrudd på kongresshotellet, eller enda verre, at noen av våre kolleger blir alvorlig syke. Det er også usikkert om sykehusene vil la sine ansatte reise på konferanser og store møter i høst, og det er videre usikkerhet knyttet til refusjoner ved en ev. sen avlysning siden COVID-19 nå er en del av risikobildet. Men vi ønsker å opprettholde uke 43 som uka for faglig oppdatering og sosialisering. I år må vi løse vårt mandat om å styrke ortopediens faglige innhold på litt andre måter. Da må det bli webinar.

Ut og spis, avdelingsvis

Slik planen er vil høstmøtedagene være onsdag til fredag i uke 43, som det pleier. Vi har sendt brev til avdelingsoverlegene og oppfordret til å gi fri til å følge webinaret, og oppfordret til å gjøre noe sosialt ut av dette lokalt. Arrangere middager eller andre samlinger med folk som likevel omgås daglig. Vi oppfordrer alle til å finne sin vei gjennom uke 43. På mange sykehus er uke 43 lavaktivitetsuke der sykepleiere og annet helsepersonell også har sine fagdager. Derfor er det ingen grunn til å skrubbe, men dedikere disse tre dagene til faglig oppdatering.

Send inn abstracts

Vi har bedt alle faggruppene om å planlegge et symposium, og å bruke fantasien. Nå kan man prøve å få inn en internasjonal størrelse, som kan være tilgjengelig i en time for presentasjon og diskusjon. Alle som har planer om å sende inn frie foredrag må gjøre det. Dette skal vi løse sånn at de som tenkte å presentere noe får anledning til det. Detaljer kommer vi tilbake til.

> ” ... Vi har sendt brev til avdelingsoverlegene og oppfordret til å gi fri til å følge webinaret, og oppfordret til å gjøre noe sosialt ut av dette lokalt ...”

Endret hverdag

Jeg blir nesten rørt når jeg leser min egen leder fra forrige nummer av NOP’en. Ikke fordi den er så godt skrevet, men fordi den ble skrevet før vi visste hva som kom. Da den ble trykket var pandemien et faktum. Boooom! Så endret hverdagen seg totalt. Det er sånn at en av og til kan drømme seg litt tilbake til tiden før korona. Men problemløsning er endel av hverdagen vår. Flott da å se og høre om alle tiltak og omstillinger vi har vært med på. Selv om vår kompetanse ikke gjør oss til førstelinjekjempere i korona-krigen, så har mange ortopeder og LIS-er i ortopedisk utdanningsløp fått nye oppgaver i disse ukene, og inngått i team som har behandlet koronasyke. Mange har også vært engasjert i smittevernstiltak.

Etterslep

Heldigvis fikk Norge tidlig kontroll over situasjonen, og hverdagen kan langsomt normaliseres. Vi ortopeder vil nok mer enn andre merke etterslepet av pasienter som har fått utsatt sin behandling. Lange ventetider har vi imidlertid håndtert før. Men noe har nok endret seg for alltid. Vi kommer til å ha flere telefon- og videokonsultasjoner. Det blir mindre reising i forbindelse med møter. Og mange smittevernregler har krøpet under huden vår.

Hva med 2021?

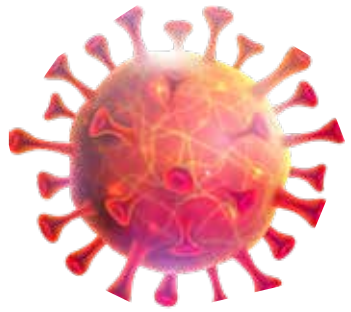
Vi håper på et fullblods fysisk høstmøte i 2021! Det er ikke et løfte, men en ambisjon. Tiden vil vise hvor raskt vi kommer tilbake til en tilnærmet normal situasjon. Men høstmøtet i rent webinarformat har ikke kommet for å bli!

> ” Tiden vil vise hvor raskt vi kommer tilbake til en tilnærmet normal situasjon. Men høstmøtet i rent webinarformat har ikke kommet for å bli!”

Bilde motstående side: Ortopediske coronaleger. Marius Nerhagen, Martin Ø. Riiser, Stein Arve Skjaker, Christian Aanerud.

Ullevål sykehus: Rapport fra

Ortopedisk coronaavdeling



Da coronakrisen for alvor slo ned i Norge i begynnelsen av mars, hadde vi på ortopeden ved Ullevål sykehus allerede merket nedgang i innleggelser av pasienter en stund. Det var rett og slett alt for lite å gjøre, og vi begynte å bli litt leie av hjemmeberedskap, oppdatering av metodebøker, vasking av kontor etc. Man visste foreløpig ikke hvor stor krisen ville bli, og sykehuset forberedte seg på det verste.

Martin Ø. Riiser, LIS Ullevål sykehus

Coronaberedskapen ble økt med blant annet å lage mange nye isolasjonsposter. Ortopedisk sengepost 3 ble på rekordtid omgjort til en intermediærpost for covid 19 positive pasienter, som var for syke for vanlig sengepost, og for friske til å legges i respirator. Etter å ha hatt så lite å gjøre over så lang tid, ble flere av oss nysgjerrige på å bli med.

Den nye sengeposten åpnet 6. april og hadde i utgangspunktet 10 senger, med plan om utvidelse til 29. Våre ortopediske sykepleiere viste seg å være råskinn. De omorganiserte hele posten i løpet av få dager, og tok overgangen fra ortopedisk til light-intensivsykepleier på strak arm. Fra legesiden kunne vi ikke være dårligere, og fire frivillige ortopediske LIS ble med i vaktlaget. Her fikk vi selskap av barneleger, lungeleger og en thoraxkirurg, En anestesilege og en infeksjonsmedisiner hadde leder- og opplæringsansvaret.

Et halvdagskurs med NEWS2, smittevern, arteriekran og air-breathing-circulation kasusistikker var alt som skulle til, og vipps var vi i gang. Det ble mye nytt i starten, og det kostet litt å venne seg til at det viktigste nå var hva som skjedde på sengeposten, ikke på operasjonsstua. Det var også uvant å se så syke og slitne pasienter, uten å skulle be en indremedisiner komme og ta over. Vår nye hverdag var nå å vurdere pasientenes respirasjonssvikt og dens utvikling. For å kunne gjøre dette ble vi drillet i "intensivvisitt", som i omfang og tidsbruk kanskje er det motsatte av en tradisjonell ortopedisk visitt. Arsenalet av behandlingsmuligheter var relativt begrenset og besto i økt oksygentilskudd, inhalasjoner på kammer, stillingsendringer og evt antibiotika. Var ikke dette nok måtte pasientene videre til intensivavdeling med mulighet for respiratorbehandling. Heldigvis var både bemanningen og den daglige opplæringen og oppfølgingen så god at dette gikk overraskende bra. Smittevernet ble i varetatt av et idiotsikkert av-og påkledningssystem som operasjonssykepleiere hadde snekret sammen for oss.

Aldri "italienske coronatilstander"

Det ble heldigvis aldri "italienske coronatilstander" på vår corona-intermediærpost. Det hele ble egentlig en ganske rolig affære, og den største plagen var kanskje at smittevernutstyret både var varmt og at det gnagde i ansiktet. Like raskt som vi var i gang, var det hele over. Pasientene sluttet å komme, den 22. april ble posten avviklet og vi er nå tilbake til våre vanlige ortopediske beskjeftigelser. Pandemien er dog langt fra over, og det er visstnok sannsynlig at posten skal åpne igjen når neste smittebølge treffer oss. Det har vært lærerikt å få være en del av behandlingsapparatet rundt coronapasientene. Det har vært utfordrende å jobbe utenfor eget fagfelt, og morsomt å se at også det kan fungere. Sist, men ikke minst har det har vært oppløftende å se hvordan helsevesenet, bestående av flinke og motiverte kollegaer, har klart å omstille seg i rekordfart for å takle nye utfordringer.

> " ... ikke minst har det har vært oppløftende å se hvordan helsevesenet, bestående av flinke og motiverte kollegaer, har klart å omstille seg i rekordfart"

Ny underforening

i Norsk ortopedisk forening (Nof)

Norsk spinalkirurgisk forening ble stiftet i 2002 og har lenge vært en del av Høstmøtet, men ble offisielt en underforening i Nof på generalforsamlingen først i 2019.

Jon Dahl, for styret i Norsk Spinalfirurgisk Forening

Foreningen har som formål å samle leger som arbeider med og interesserer seg for spinalkirurgi og fremme fagets praktiske og vitenskapelige utvikling. Spinalkirurgi ligger for en stor del i skjæringspunktet mellom nevrokirurgi og ortopedi og i mange land er det egne spinalkirurgiske avdelinger der begge spesialiteter jobber. I vår forening er det både ortopeder og nevrokirurger blant medlemmene i foreningen.

> " ... spinalkirurgi er et fag i betydelig utvikling. I Norge er det stor forskningsaktivitet ..."

Fag i betydelig utvikling

Spinalkirurgi er et fag i betydelig utvikling. I Norge er det stor forskningsaktivitet med både registerstudier og flere store randomiserte studier. Det er utstrakt samarbeid både mellom ulike fagdisipliner og mellom helseregionene.

Vi arrangerer eget symposium på høstmøtet med internasjonale kapasiteter som foredragsholdere. Vi har også egne sesjoner med frie foredrag.

For å samle miljøet og øke fokus på spinalkirurgi planlegger vi månedlig nasjonal nettundervisning. Vi vil også bidra med regelmessige innlegg i NOP og kommer med artikel om barneskoliose i neste nummer.

”Hurtigguide”

til osteoporosepoliklinikk

Nordiske land ligger som kjent på topp når det gjelder benskjørhet i verden, og befolkningen i Rogaland er intet unntak. Vi har siden 2015 arbeidet med å få på plass en fullverdig oppfølging av osteoporotiske brudd ved ortopedisk avdeling i Stavanger. I mellomtiden er det gjort lokale tilpasninger til veilederen fra Faggruppen for osteoporose og benhelse i Norsk ortopedisk forening, slik at alle over 50 år med benbrudd er henvist til bentetthetsmåling (DXA).

Ane Djuv, Stavanger universitetssykehus

Det har fram til nå vært fastlegen sin oppgave å følge opp resultatet av målingen. Vi har over 1 års ventetid på DXA måling i Stavanger og den har ikke blitt kortere i forbindelse med Covid-19. Med rundt 360 000 innbyggere som sokner til Stavanger universitetssjukehus, er det vårt ansvar å jobbe for å forbygge nye brudd for pasienter med osteoporose. Det var derfor svært kjærkomment da styret i Helse Stavanger vedtok å starte osteoporosepoliklinikk ved ortopedisk avdeling over budsjettet for 2020.

Fornøyde sykepleiere fra Stavanger universitetssjukehus på besøk i Bærum f.v.: Oda Horpestad, Toril Skjæveland og Erik Nessestrand. Foto: Ane Djuv.

Erfaringsutvekslinger er gull verd

Fordelen med å komme sent i gang er at en kan dra nytte av erfaringer som er høstet under NoFRACT studien og fra flere andre sykehus i Norge som allerede har godt etablerte poliklinikker. Drammen sykehus, Bærum sykehus, Oslo skadelegevakt og Osteoporosepoliklinikken ved Haukeland er noen av disse.

Vi valgte å besøkte Wender Figved og Ellen T. Langslet ved Bærum sykehus alias Vestre Viken Bærum i mars 2020, kun 2 dager før den berømte Covid-19 stengingen av landet. Slike erfaringsutvekslinger er gull verd og anbefales for alle som tenker å starte osteoporosepoliklinikk. Veien frem har vært lang motbakke og for de som arbeider med å komme seg dit vi er nå, har jeg laget en hurtigguide (se ramme).

> ” Veien frem har vært lang motbakke og for de som arbeider med å komme seg dit vi er nå, har jeg laget en hurtigguide ...”

1 Kartlegg behovet ved ditt sykehus.

Hvor mange brudd ha dere? Har dere beintetthetsmåler (DXA maskin) tilgjengelig? Hvem drifter den? Er det nok kapasitet til å scanne alle med brudd over 50 år eller må kapasiteten økes (for eksempel kjøpe egen maskin)? Ut fra vår data er behovet for førstegangs DXA måling 120/10.000 innbyggere over 50 år/år i populasjonen til ditt sykehus (inkluderer ikke kontroller).

2 De som styrer tenker økonomi

Etter 4 år med søknader og vektlegging av bedre helse for pasientene og god samfunnsøkonomi var det først ved de forløsende ord om penger på bok som førte til at vi endelig kunne etablere osteoporosepoliklinikk ved SUS. Sett opp ett oversiktlig budsjett. Slik refusjonstakstene er i dag, gir osteoporoseutredning god DRG-uttelling. Avhengig av seleksjonen på pasientene, vil ca. 50-70 % få påvist osteoporose av bruddpasientene.

3 Spør en venn

Det er flere sykehus som har opparbeidet seg lang erfaring med drift av osteoporosepoliklinikker. En trenger dermed ikke finne opp hjulet selv. En kan for eksempel ta turen til en av samme art (Homo ortopedicus) ved en avdeling som har fått det til. Gjerne noen som drifter slik dere ønsker å drifte. Det gjorde vi i Stavanger. Vi dro til Bærum sykehus og fikk god inspirasjon og tips av Wender Figved og Ellen T. Langslet og deres kompani av dyktige osteoporosesykepleiere med Merete Finjarn i spissen.

4 Hvordan vil en organisere driften?

a. **Bemanning:** Som minimum bør en ha en sykepleier til daglig drift og en beintetthetsmåler tilgjengelig (enten på egen, annen avdeling eller ved privat avtale). En eller flere leger må være tilknyttet for å sørge for faglig forsvarlighet og skrive resepter. En må også vurdere hvordan pasientene skal flyte til poliklinikken (henvisninger, fange opp via pasientlister ol). Ved henvisinger må en ha en lege som prioriterer disse.

b. **Fasiliteter:** Kontor med DXA maskin til sykepleier. Dersom en kan ”sette opp dobbelt” er det fint med ett kontor med en sykepleier som tar DXA-måling og en annen sykepleier som snakker med pasienten i etterkant.

c. **Konsultasjon:** Det er en fordel at en tar kartlegging med ett skjema (konsultasjonsskjema) som pasienten fyller ut i forkant av konsultasjonen med avkrysning for risikomomenter (tidligere brudd, hoftebrudd i familien, røyk, alkohol, kronisk sykdom, medikamenter, vekt og høyde som ung mht vekttap). En kan også gjøre en rask fallanamnese (f.eks. ”er du redd for å falle?”) og ernæringsanamnese med vekt på kalsium og D-vitamin inntak. Dette gjør konsultasjonen mer strukturert og en fanger opp all relevant informasjon.

d. Den eneste kliniske undersøkelsen som gjøres i tillegg til DXA målingen er mål av høyde og vekt i forkant av DXA. Ved høydetap > 4 cm bør en vurdere laterale ryggbilder (”lateral vertebral assesment” LVA) mht. kompresjonsfrakturer.

e. **Blodprøver** i forkant som fT4, TSH, GFR og kalsium/albumin og D-vitamin hører med.

f. **Bruk av standardtekster og standardmaler** gjør arbeidsdagen effektiv og fører til at pasientene får så lik kartlegging som mulig og forenkler gjennomlesningen/kontroll ved lege i etterkant.

g. **Brosjyrer og pasientinformasjon** som det er lurt å ha:
   i. Brosjyre om osteoporose og bentetthetsmåling.
   ii. Brosjyre om fallforebygging (hør med din nærmeste geriatrisk avdeling).
   iii. Informasjonsark om de vanligste medikamentene; Alendronat (Fosamax), Zoledronsyre (Aclasta), Kalsium og D-vitamin tilskudd, Denosumab (Prolia) og Teriparatid (Forsteo).

h. For utfyllende informasjon se: **www.lavenergibrudd.no** eller **https://www.fragilityfracturenetwork.org/**

Foto: ©Iver Erikson/Shutterstock.com

”Hurtigguide”

til osteoporosepoliklinikk

Fortsatt ...

Vår oppstart var planlagt 20. april 2020. Det tok ca. 3 måneder å få ansatt sykepleiere. Nå er oppstart utsatt til uke 35 med en uke opplæring på DXA maskinen i forkant.

Takk til Fagruppe for osteoporose og benhelse i Nof og Vestre Viken, Bærum sykehus.

Til dere andre: Vi ønsker dere lykke til!

Over til venstre: Merete Finjarn måler vår prøvekanins bentetthet.
Foto: Ane Djuv.

Over til høyre: Tolkning av DXA-måling ved Toril Skjæveland.
Foto: Ane Djuv.

” By introducing a standardized intervention program for assessment and treatment of osteoporosis in patients with fragility fractures, we expect to document reduced rates of subsequent fractures and fracture-related mortality ...”

NoFRACT studien[1]

1. Kilde: https://fysio.no/Media/Files/NoFRACT-studien

Smith+Nephew
LEGION◇
Total Knee System

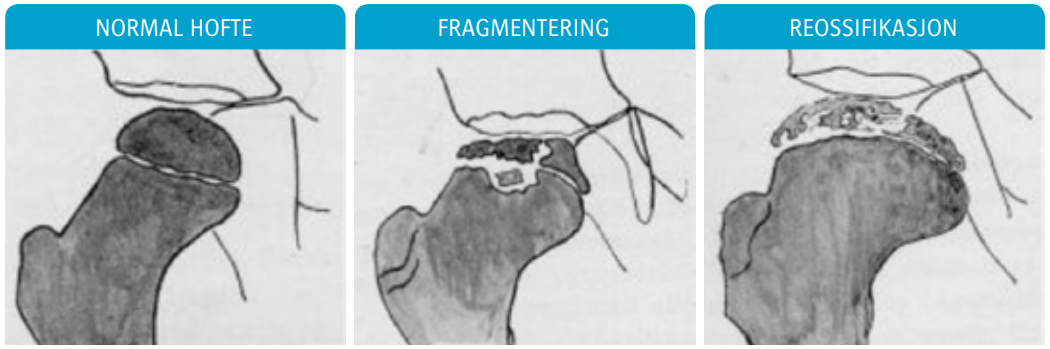
Proven performance
Continuous innovation

LEGION Cones

Smith+Nephew
T: 66 84 20 20
www.smith-nephew.com

◇ = Trademark of Smith+Nephew

FAKTA



Skjematisk forløp av CLP

NORMAL HOFTE: *Normal hofte ved sykdoms debut.* **FRAGMENTERING:** *Ca. 1 år etter debut blir hoften fragmentert.* **REOSSIFIKASJON:** *Senere bygges hoften sakte opp, hyppige formforandringer er Coxa magna og brevis. Illustrasjoner fra den aller første publikasjon som ble gjort av Waldenstrøm i 1909.*

Calvé-Legg-Perthes LANDSUNDERSØKELSEN

Etter stiftelsen av Norsk Barneortopedisk Forening (NBF) i mars 1994, fremmet Terje Terjesen som forenings første formann et forslag om et landsdekkende samarbeid om Calvé Legg Perthes sykdom (CLP). På NBFs generalforsamling høsten 1995 ble det vedtatt en protokoll for et landssamarbeid om CLP fra 1. januar 1996.

Stefan Huhnstock, Terje Terjesen, Johan Brevik, Ola Wiig, OUS, Rikshospitalet

Alle 28 sykehus som drev med barneortopedi registrerte alle nye pasienter i en 5-årsperiode, frem til 31/12-00. Alle røntgenbildene ble vurdert av Svein Svenningsen (Arendal). Kontrollene ble foretatt 1 år, 3 år og 5 år etter diagnose.

Det ble som en del av landsundersøkelsen utarbeidet felles retningslinjer for valg av behandling utfra barnets alder, grad av caputaffeksjon (Catterall-gruppe) og røntgenologisk caputdekning. De enkelte sykehus valgte mellom tre behandlingsalternativer fysioterapi, abduksjonsortose og variserende femurosteotomi.

Det ble en jevn fordeling med 9-10 sykehus i hver behandlingsgruppe.

Etter 5 år ble det inkludert 425 pasienter. De kliniske og røntgenologiske dataene fra primærundersøkelse og kontroller ga et godt grunnlag til studier om en rekke forhold vedrørende CLP: epidemiologi, klassifikasjon av røntgenbilder (Catteralls, Herrings og Stulbergs metoder), interobserver studier av røntgenklassifikasjoner, og kliniske og røntgenologiske resultater etter 5 års oppfølging. Disse studiene ble publisert i anerkjente internasjonale tidsskrifter og var basis for

FAKTA

Calvé-Legg-Perthes sykdom (CLP)

CLP ER EN HOFTESYKDOM som opptrer hos barn mellom 2 og 12 år. Den er vanligst hos gutter, og de fleste pasientene er rundt 5-6 år når de får sykdommen.

ÅRSAKEN er ukjent, men man vet at det oppstår et helt eller delvis opphør av blodsirkulasjonen til lårbenshodet med nekrose i hele eller deler av leddhodet som resultat.

I SYKDOMMENS FORLØP vil hofteleddet ofte deformeres og et slikt hofteledd gir ikke bare symptomer i sykdommens aktive stadier men også på lengre sikt, da disse pasientene har økt risiko for å utvikle hofteleddsartrose.

FAKTA

Landsundersøkelsen

Landsdekkende studie som registrerte alle barn med CLP 1996-2000

425 BARN
inkludert i studien

11 PUBLIKASJONER
med utgangspunkt i studien

LANGTIDS FOLLOW-UP
gjenopptatt i 2018

CLP forskningsgruppen

Fra venstre: Ola Wiig, Terje Terjesen, Stefan Huhnstock, Johan Brevik

2 doktorgradsavhandlinger, Ola Wiig i 2009, og Stefan Huhnstock i 2018. Alle publikasjoner med utgangspunkt i CLP landsundersøkelsen kan lastes ned som fulltekst versjoner på Perthes forskningsgruppen sine hjemmesider https://www.perthes.net/perthes-studie.

Gjenopptakelse i 2018

CLP Landsundersøkelsen ble gjenopptatt av Perthes forskningsgruppen ved OUS i 2018. Hensikten med oppfølging er å få bedre kunnskap om langtidsresultater ved CLP. Via navnelister og folkeregister har vi identifisert alle deltagere fra den opprinnelige studien. Studien er delt opp i 3 faser. I den første fasen inviteres alle deltagere fra Helse Sør Øst til etterundersøkelse, mens senere faser skal ta for seg Helse Vest, Midt og Nord Norge.

Deltagere fra fylkene Oslo og Viken ble invitert til etterundersøkelse og responsen har hittil vært meget bra. Vi har så langt inkludert 87 deltagere. Etterundersøkelsen innebærer radiologisk kartlegging av hofter (røntgen bekken og Lauenstein projeksjoner) samt klinisk testing. Testing av deltagerne gjennomføres av

GLOBUS MEDICAL

THE LEADER IN
EXPANDABLE
TECHNOLOGY

ALTERA®
Expandable
option
#13 of 20

ALTERA®
Articulating Expandable TLIF

MORE EXPERIENCE
130,000+
LEVELS TREATED

MORE SOLUTIONS
20 IMPLANT
OPTIONS

MORE BENEFITS
MINIMIZED DISRUPTION
OPTIMIZED FIT

See all 20 implant options at
GlobusMedical.com/Expandables

Kontakt:
Globus Medical Norway AS
Tlf: 992 74 980

Life moves us

Calvé-Legg-Perthes Landsundersøkelsen Fortsatt ...

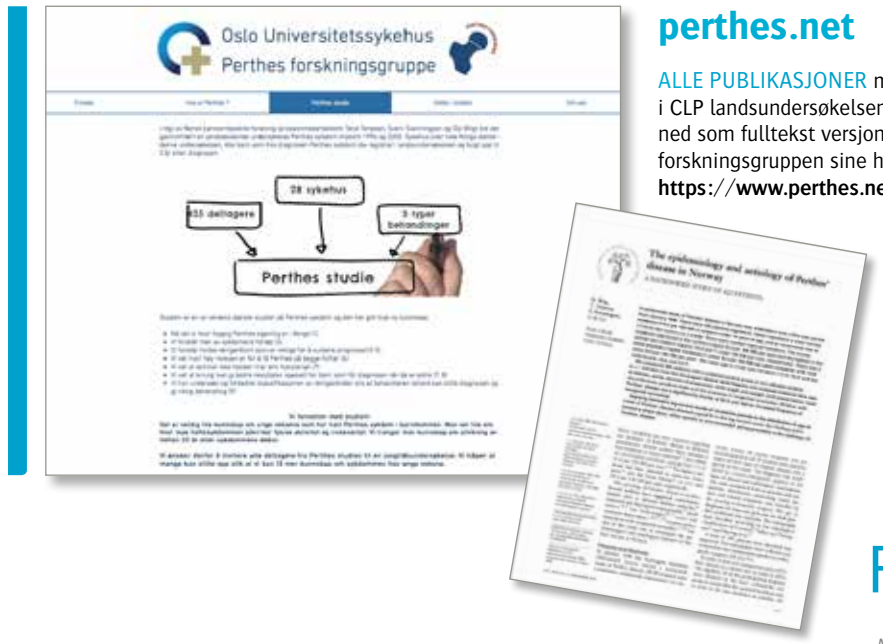
fysioterapeut som undersøker aktiv bevegelighet i begge hofter og hofte impingement med FABER og FADIR test. Det gjennomføres også enkle styrke og funksjonstester som Trendelenburgstest og "6 meter timed hop test". De fysiske testene brukes for å kartlegge avvik i bevegelighet, styrke og funksjon.

Deltagerne svarer på to PROMs, et spesifikt hofteskjema (The Copenhagen Hip And Groin Outcome Score, HAGOS), og et skjema som belyser generell helsetilstand (utdrag fra Osloundersøkelsen ved FHI). PROMs fylles ut elektronisk og sendes kryptert til en sikker server.

Kan få stor betydning

Den norske landsundersøkelsen om CLP er unik i verden, og den kan bli den største prospektive studien med lengst oppfølging. Studien vil belyse funksjonelle og radiologiske aspekter etter 25 år follow-up, noe som ikke er publisert tidligere. Resultatene kan bidra til en bedre forståelse av hvilken type behandling som gir best langtidsresultater. Studien kan derfor få stor betydning for barn som behandles for CLP i dag.

Fra venstre: Terjesen og meg under måling av røntgenbilder i 2012. Samt Terjesen ved gjennomgang av gamle røntgenbilder i røntgenarkivet. Dessverre har vi ikke disse bildene i bedre kvalitet.



perthes.net

ALLE PUBLIKASJONER med utgangspunkt i CLP landsundersøkelsen kan lastes ned som fulltekst versjoner på Perthes forskningsgruppen sine hjemmesider **https://www.perthes.net/perthes-studie**

FAKTA

Nasjonalt Barnehofteregister

BAKGRUNN OG FORMÅL: **Barnehoftesykdommene hofteleddsdysplasi, Calvé-Legg-Perthes og epifysiolysis capitis femoris gir ikke bare plager i barne- og ungdomsårene, men vil også kunne gi symptomer senere i livet.**

Trude Gundersen, daglig leder Nasjonalt Barnehofteregister[1]

Derfor er prospektiv registrering og langtidsoppfølging essensielt for å kunne gi pålitelig informasjon om prognose og behandlingsresultater. For å oppnå dette besluttet Norsk Barneortopedisk forening at det skulle opprettes et nasjonalt register for å følge opp alle barn som blir behandlet for disse lidelsene og Nasjonalt Barnehofteregister ble opprettet 1.1.2010 og har vært i full drift siden. Alle sykehus i landet som behandler barn med disse hoftelidelsene, skal rapportere til registeret.

Det overordnede målet er å utvikle ny kunnskap som kan bidra til større forståelse om disse sykdommene og kvalitetssikre og forbedre behandlingsmetodene. Det enkelte sykehus får tilbakemelding om behandlingsvalg og resultater og på den måten vil de deltagende sykehusene få en systematisk oversikt over sine egne rutiner og behandlingsresultater. Dette vil bidra til bedre samordning av behandlingsmetodene og lette sammenlikningen av behandlingsresultatene. På sikt vil dette bidra til å systematisere og bedre behandlingen av disse lidelsene i Norge. Kobling med andre pasientregistre (fødsels- og leddproteseregisteret) vil kunne gi oss ytterligere kunnskap om disse sykdommenes etiologi og langtidsresultater.

Fra 2017 er vi akseptert som et nasjonalt kvalitetsregister, og alle landets sykehus er dermed pålagt å rapportere til registeret.

Elektronisk rapportering

Nasjonalt Barnehofteregister gikk i 2018 over til elektronisk innrapportering av data. Det er etablert et skjema for rapportering for barn og eget, nytt skjema for skopiske og åpne prosedyrer i hofte hos unge voksne. Vi har stor tro på at dette vil gjøre innrapporteringen lettere og øke dekningsgraden i registeret. Man får tilgang til å registrere i MRS (medisinsk registreringssystem), ved å opprette en profil på helseregister.no. Dersom man allerede rapporterer til korsbåndregisteret, brukes samme profil. For å sende skjema logger man på barnehofteregisteret på: https://mrs.nhn.no/barnehofteregister/

Den elektroniske registreringen har mange fordeler. For hvert sykehus kan man til enhver tid kan ha oversikt over hva som er rapportert inn. Vi publiserer online resultater på kvalitetsregister.no, og vi vil i løpet av 2020 kunne vise pasientene hva som er lagret i registeret om dem, gjennom den nasjonale innsynsløsningen.

PROM

Barnehofteregisteret har jobbet mye med å finne validerte spørreskjema for barn til bruk for pasient rapporterte data. Vi har ikke funnet noen som har vært gode nok på norsk, og har derfor fått hjelp av FHI til oversettelse av PROMIS-Ped 25 og Fagsenteret for pasient rapporterte data med oversettelse av det svenske Barnhøft til norsk. Disse er nå ferdig, og vi ser frem til endelig å kunne samle PROM data for våre pasienter. Det er planlagt innhenting av data på gitte alderstrinn for de ulike diagnosene. For de unge voksne med åpne og skopiske hofte operasjoner vil det bli brukt IHOT-12 og EQ-5D.

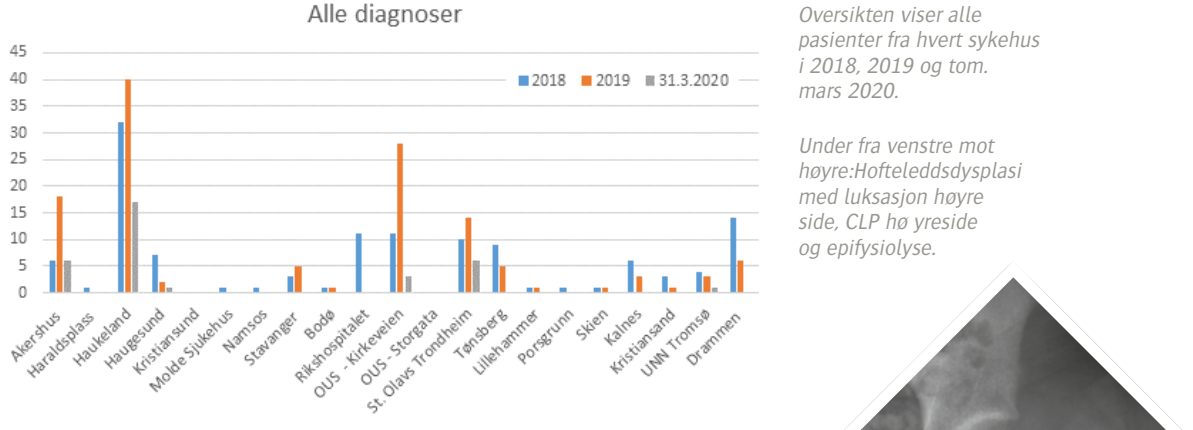
Alle skjema er validert på norsk og kan selvsagt også brukes innenfor andre forskningsområder enn registerforskning.

Kvalitetsforbedring

Det at vi er et kvalitetsregister betyr også at vi skal drive med kvalitetsforbedringsarbeid i helsetjenesten. Styret har besluttet at det første prosjektet vi skal jobbe med er å få ned tid fra symptom til diagnose for CLP og epifysiolyse i hoften. Vi ser ofte at disse barna har gått med symptomer i flere måneder, før de kommer til oss i spesialisthelsetjenesten. For å nå målet som ligger i nasjonale retningslinjer om at diagnose bør stilles innen 6 uker, ønsker vi å nå ut til primærhelsetjenesten med informasjon. Det er viktig at barn i aktuelle alder fra 3-15 år får tatt et tidlig røntgenbilde ved symptomer på hoftesykdom. For å få til dette, ønsker vi å holde foredrag på aktuelle samlinger for allmennleger, helsesykepleiere, fysioterapeuter ol. Dette arbeidet må sannsynligvis utsettes til man igjen kan begynne å gjennomføre konferanser og fagseminarer. La oss håpe det ikke blir for lenge ...

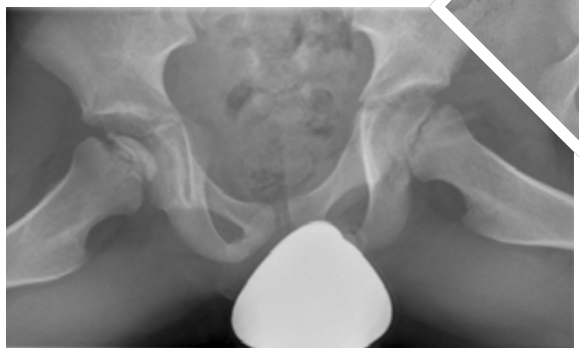
Til slutt vil jeg oppfordre alle til å rapportere inn pasienter til registeret. Den beste forskningen får vi kun dersom dataene er så komplett som mulig.

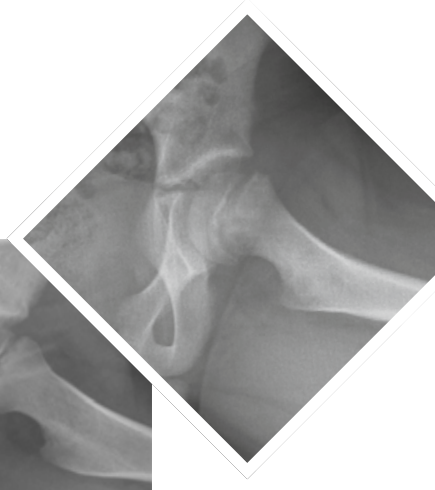
1. Trude Gundersen er overlege ved Barneortopedisk avdeling på Haukeland universitetssykehus.



Oversikten viser alle pasienter fra hvert sykehus i 2018, 2019 og tom. mars 2020.

Under fra venstre mot høyre:Hofteleddsdysplasi med luksasjon høyre side, CLP hø yreside og epifysiolyse.





COVID-19 I NORD

Rapport fra UNN

Norges første smittetilfelle av SARS-CoV2 ble rapportert i Tromsø 26. februar i år. Etter tendenser til eksponentiell økning i antall smittetilfeller innførte regjeringen det som har blitt beskrevet som de mest inngripende tiltakene i nordmenns dagligliv siden andre verdenskrig 12 mars i år.

UNNs coronahelikopter (motstående side) og smittekuvøse: Kuvøsen beskytter besetningen og letter smitterengjøring etter transport.
Foto: Dag Ketil Henriksen.

Amund Henden Hjerpbakk, LIS 3, Ortopedisk avdeling UNN Tromsø

Det ble raskt iverksatt en rekke tiltak på sykehuset vårt. All elektiv drift ble stanset og det ble innført adgangskontroll. Vår dagkirurgiske enhet ble raskt stengt og gjort om til kohort-intensiv for corona-pasienter. Akuttmottaket vårt ble delt i 2, en <<skitten>> og en <<ren>> side. Kun LIS3 kan jobbe på skitten side av mottaket. LIS1 har ikke adgang her, dette har av og til skapt samtidighetskonflikter på vakt. Man har nå også opprettet en egen prehospital transportkapasitet for mistenkte smittepasienter i form av fly og helikopter. Helikopteret er stasjonert i Tromsø.

Det har også blitt laget prioriteringslister for personell som kan bli satt til andre arbeidsoppgaver i tilfelle ekstrem belastning av vår intensivkapasitet. Det er verdt å bemerke at en slik omprioritering også vil skape et stort press på kolleger som blir igjen på ortopeden som må opprettholde det sammen vaktsystemet med betraktelig færre folk som kan rullere på oppgavene. Med skrekkbilder fra sykehus litt lengre sør i Europa i bakhodet får vi håpe vi greier å holde smitten noenlunde under kontroll, og aldri havner i en slik situasjon her i Norge.

Tidligere samlet alle legene seg til felles morgenmøte. Dette ble det raskt slutt på. Nå møtes kun av- og påtroppende vaktlag sammen med avdelingens ledelse. Møtet med tilhørende journal- og røntgensystem strømmes over Skype til resten av legene som sitter på kontorene sine. Dette har vist seg å fungere meget bra og tilnærmet likt slik situasjonen var før et forkjølelsesvirus med ARDS-potensiale bestemte seg for et internasjonalt gjennombrudd.

Man opprettet relativt raskt en egen avklaringspost for pasienter med mistenkt infeksjon. Videre ble det formulert inklusjonskriterier for mistenkt COVID-infeksjon som favner så vidt og bredt at de fleste pasientene med underliggende hjerte- og lungesykdom vil bli lagt inn her initialt til mistenkt infeksjon er utelukket. Man har opplevd at dette av og til har ført til forsinkelse av endelig behandling. Det har etter hvert også blitt opprettet en poliklinikk innenfor denne urene sonen hvor pasienter med ortopediske problemstillinger og med enten bekreftet koronainfeksjon eller med mistanke om infeksjon kan motta poliklinisk behandling. Poliklinikken er primært bemannet av overleger eller erfarne LIS for raskest mulig avklaring og slik at færrest mulig ledd trenger å være involvert i kontakten med pasientene.

De første ukene etter innføringen av tiltakende var det også forbausende rolig på vakt. Det kunne ofte gå lang tid mellom hver pasient. Det var også mindre å gjøre på post uten elektiv drift. Ledig tid har blitt brukt til å ringe pasienter som har stått på venteliste hos oss i opptil 2 år. Forbausende mange har blitt helt bra uten videre ortopediske tiltak. Videre har ledig tid blitt brukt på diverse uttalelser og erklæringer til offentlige instanser.

Etter hvert som tiden har gått har antall øyeblikkelig hjelps-pasienter tatt seg opp igjen til et tilnærmet pre-corona-nivå. Om folk lot være å ta kontakt med helsevesenet i starten av pandemien, eller om folk etter hvert har blitt mer aktive og dermed økt sin risiko for å skade seg, blir bare spekulasjoner fra vår side. Vi har nå så smått startet opp igjen med elektiv drift, men er ikke i nærheten av der vi var før pandemien slo til for fullt. Etter hvert har man også startet med dagkirurgi.

Den siste tiden har nok for mange vært preget av roligere dager enn normalt på jobb. Foreløpig er det nok våre medisinske kolleger og fastlegene som har tatt den største corona-støyten. Rolige dager på jobb har medført en nagende følelse av voksende uhåndterlige pasientkøer når pandemien en gang er over. Foretaket har nå også inngått avtale med private tilbydere av helsetjenester her i Tromsø som har tilgjengelige operasjonsstuer. Tilbyderne stiller med lokaler og støttepersonell, mens UNN stiller med operatører. Slik kan man i hvert fall få unna en del av ventelistene knyttet til dagkirurgisk behandling.

Det er en ting som i hvert fall er sikkert, man kan ikke spå fremtiden. Koronasituasjonen er svært uviss og endrer seg fra dag til dag. Det eneste som er sikkert er at vi må forholde oss til dette viruset i overskuelig fremtid. Når dette er over, får vi håpe man da trekker nyttig lærdom med tanke på fremtidig beredskap, beredskapslagre og organisering av helsevesenet vårt.

Under (t.v.): Rolige dager på jobb med hendene dypt plantet i lommene. Fra venstre undertegnede og Jonas Hilmo. Innfelt (t.h): Sykepleier Christian Moen gjør seg klar til mottak av mistenkt Covid-19-pasient på avklaringsposten.
Foto: Karl-Ivar Lorentzen

Fotor: © jaclynmr/istock by Getty Images

Dr. Margo Bein er Norsk ortopedisk forenings egen selvutnevnte husterapeut.

Han er ortoped, utdannet ved "De Harde School Van Het Leven" i Syd-Holland hvor fordypning i psykoanalyse var en måte å omgå obligatoriske kurs i trygdemedisin før godkjent spesialitet. Etter embedseksamen meldte han seg som fremmedkriger for Heimevernet i Nord-Odal hvor han prompte ble dimmitert grunnet bilateral hallux valgus og utpreget trangsynthet. Siden har han vikariert ved samtlige norske sykehus uten noensinne å ha hatt poliklinikk eller holdt internundervisning. I NOPen stiller han frivillig opp med råd til kolleger som har behov for faglig, sosial eller psykisk støtte.

Henvendelser kan sendes anonymt til **nopredaktor@gmail.no**

Dr. Margo Bein
kollegastøtte

"Kjære Bein,

Jeg er litt bekymret. Jeg er en vanlig fyr. Ikke helt vanlig kanskje, jeg er jo ortoped med spesiell interesse for artroskopi, så jeg er tøffere enn de fleste hudleger men definitivt mer sjenert og stillferdig enn de andre på avdelingen. Det jeg frykter mest nå er at myndighetene ser ut til å ha denne Coronasituasjonen under kontroll og R-tallet nærmer seg 0.

Det vil kanskje bety at det åpnes opp for klemming igjen. Hvordan skal jeg takle det? Det strider alvorlig mot min natur å være så nær, og palpere andre mennesker med min egen kropp uten et forlenget instrument imellom. (Selv om folk kan se rart på meg når jeg spiser ostepop med fattetang, har jeg høstet en del anerkjennelse når de innser at det faktisk hindrer at fingrene får en umiskjennelig eim av anus etterpå). Det var jo så vidunderlig da myndighetene grep inn og i praksis forbød fysisk nærkontakt, og jeg har levd i en lykkeboble av personlig rom siden midten av mars. Hva skal jeg gjøre når den herlige sosiale avstanden opphører etter Corona?

MVH
Beklemt skopør – kall med gjerne Aksel"

SVAR:

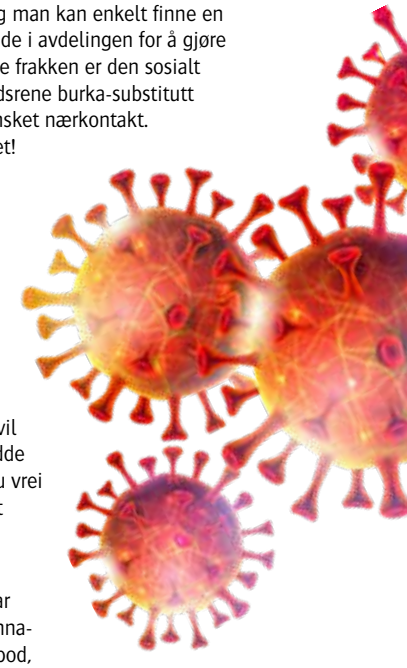
Kjære Aksel,

Du har min dypeste sympati. Jeg bekjenner meg til samme tro. Alle har vi en onkel som er litt for ivrig med omfavnelser i romjulens obligatoriske sammenkomster.

Nordmenn har jo aldri vært et klemmende folk! Det var ikke før den fjotten Petter Nome etablerte et pastellfarget klemmeregime i rikskanalens beste sendetid en gang på 90-tallet at det ble populært å klemme. Siden er det bare blitt verre med hver generasjon av oppvoksende ungdom, som gjerne henger over hverandre, både kvinner og menn, på helt ukritisk vis i det offentlige rom – ikke ulikt fotballfans som bejubler en overbetalt, undertrent eliteseriespiller fra et fremmed land som scorer utligningsmålet i cupfinalen mot deres vilkårlig utvalgte hat-by. Denne uvanen sprer seg tilsynelatende som pesten også til voksne, dannede mennesker som i all sin sosiale beklemmelse blir nødt til å etterkomme forventninger om kroppslig nærkontakt ved ethvert møte utenfor den profesjonelle sfære. Det vanskeligste er jo å vite hvem man skal klemme og når. Når man kun timer etter arbeidstid møter "venner" og kolleger på klinikkens sommerfest skal det plutselig klemmes over en lav sko, selv om dere samme dag har holdt dere til høflige nikk og hei i brukets linoleumskledde korridorer. Ikke minst vil den sosiale rangordningen slå ut i full blomst når man må stratifisere mer og mindre bekjente i klem/ikke klem hvis situasjonen indikerer. Man kan jo risikere å måtte omfavne folk man knapt vet navnet på, bare fordi de står ved siden av en "ekte" bekjent som i den sosiale omstendigheten forventer en klem bare fordi du er nå ikledd sivile gevanter. Det blir jo nett som prostitusjon å regne når det implisitt er påkrevd for å få utdelt velkomstdrinken ved inngangen også.

Løsningen, min gode mann, er heldigvis enkel. Bli på jobb! I sykehusets korridorer er fysiske kontakt mellom venner fortsatt forbudt (kroppsåpninger sonderes kun på indikasjon og med behørig profesjonalitet). Det finnes alltid en pasient eller tre som vil ha avklart sin prognose til alle døgnets tider, og man kan enkelt finne en unnskyldning for å bli værende i avdelingen for å gjøre forefallende arbeid. Den hvite frakken er den sosialt tilbakestående legens uskyldsrene burka-substitutt – en proverbial mur mot uønsket nærkontakt.
Bær den med tilknytt stolthet!

Din, Bein!



Beinern!

Jeg tok rådet til POTUS Don J Trump, og selvbehandlet meg profylaktisk med kirurgisk håndtesinfeksjon, peroralt, her forleden. For sikkerhets skyld tok jeg en hel flaske av den sterke, blå sorten som har 1 minuts virketid. Det ble litt av en vakt! Jeg våknet på sjefens kontor hvor jeg tydeligvis har kringkastet et webinar på Norsk Helsenett om hjemmelaget plantegjødsel og bruk av ortopediske prinsipper ved poding av epletrær. Det viser seg imidlertid at antibac'en fullstendig oblitererte tarmfloraen min og jeg har fått en pseudomembranøs kolitt fra ville hel ...

Jeg har vært på poliklinikken hos en kompis fra studiet som var formann i trylleklubben og nå er gastroenterolog. Han anbefaler fecestransplantasjon. Til å begynne med syntes jeg det hørtes litt skummelt og ekkelt ut. Jeg fryktet jo en grusom "graft vs. host disease", og så for meg latterliggjøringen jeg ville bli utsatt for hvis jeg ble avvist av noen andres avføring. Senere har jeg lest litt om at man har sett at de som får fecestransplantasjon og endrer tarmflora kan tilegne seg samme næringsopptak og kroppsfasong som donor. Det er jo en kjempemulighet! Spørsmålet er: Hvem skal jeg be om å være donor? Her trenger jeg litt hjelp fra en klartenkt connoisseur av det ortopediske miljøet.

MVH
Oppblåst Traumatolog

SVAR:

O.T.!

Det høres ut som en heidundranes fest!. Tror ikke vi vil vite hva slags gjødsel du hadde innlegg om den natten da du vrei deg i ditt eget pseudo-sekret på sjefens kontor.

Svaret på spørsmålet ditt er heldigvis meget enkelt; Omar Thorsteinn Arnason, AKA Sinna-Ortopeden, AKA AngryOrthopod, AKA Nøtteknekkern. Om det er så mye som en nanosjanse for at du på magisk vis får kroppsfasongen til donor er det jo her for en klokkeren jackpot å regne. Mannen ser ut som han er hugget i stein av en skulptør med utpreget aerodynamisk san og en forkjærlighet for bulende biceps – og det er med klærne på! Man må jo bo på SATS for å få de magemusklene.
Får du den habitusen bare ved å dunke ned en halvliter av Arnasons hjemmelagde "proteinshake" ville jeg slått til. Ikke noe å tenke på. Værsågod!

Bein

Historisk samarbeid i krisetider

Om to gode nabosykehus og en halvferdig tunnel

Alle påvirkes av koronapandemien. Ved sykehusene er all planlagt behandling satt på vent, unntatt kreftbehandling og behandling der utsettelse medfører en vesentlig forverring av prognosen. Dette gjøres fordi smittepasientene krever ressurser som normalt brukes til planlagt behandling. Pasienter som skulle vært operert med for eksempel en hofteprotese, har fått beskjed om at de må vente, enten operasjonen skulle ha vært utført ved Martina Hansen (MHH), Bærum sykehus (BS) eller ved et sykehus i New York eller Berlin.

Wender Figved, Bærum sykehus og **Kjetil Nerhus,** Martina Hansens hospital

17. mars signerte de administrerende direktørene ved Vestre Viken og MHH, Lisbeth Sommervoll og Per Skaugen Bleikelia, en samarbeidsavtale om utlån av personell og lokaler. Bleikelia og direktør ved BS, Jardar Hals, har løpende dialog basert på meget godt samarbeid gjennom mange år. Over 200 helsepersonell er lånt ut fra MHH, og kreftavdelingen er flyttet til MHH. Helsearbeidere som normalt jobber med muskel og skjelett, læres opp til å behandle infeksjonspasienter og bemanne respiratorer. Bruddbehandling er flyttet til MHH. Alle ansatte viser seg som svært endringsdyktige, vi drar i samme retning, og gode løsninger finnes raskt.

Historikk

BS åpnet i 1924 og ble drevet av kommunen, deretter fylket, og siden 2009 som en del av Vestre Viken. BS er akuttsykehus for Asker og Bærums befolkning, og har planlagt aktivitet innen medisin, gynekologi, ortopedi og kirurgi. MHH ble bygget i 1936 som et sykehus for pasienter med tuberkulose i ben og ledd. Etter at tuberkulosen nærmest ble utryddet på 50-tallet, spesialiserte sykehuset seg på ortopedisk kirurgi og reumatologi. Den faglige utviklingen innen ortopedi har bragt de to sykehusene nærmere hverandre. Mye av de samme operasjonene gjøres nå ved begge sykehus, og begge har pasienter fra hele landet gjennom fritt sykehusvalg. Avdelingene har svært gode og veldig like resultater i nasjonale kvalitetsregistre.

BS gjennomgår renovering av fasade og sengeposter, og har fått to nye dagkirurgiske operasjonsstuer, blant annet for ryggkirurgi. MHH utvides med en ny sykehusfløy med blant annet poliklinikk, moderne sengepost, ny operasjonsstue og sterilsentral. Det er nylig innledet et godt samarbeid mellom reumatologisk avdeling ved MHH og medisinsk avdeling ved BS. For utenforstående er det nok ikke så godt kjent hvem som gjør hva på hvilket sykehus: Vi har mottatt henvisninger til "Dr. Martin Hansen, Bærum sykehus".

I Budstikka 24.10.86 under overskriften "Martina Hansens Hospital moderniseres for 43 millioner" kunne man lese: *"... i tillegg er det også planlagt å bygge en underjordisk tunnel til Bærum sykehus. Hensikten med denne er å effektivisere samarbeidet mellom de to sykehusene. Tunnelen vil koste rundt fem millioner kroner". Det er uklart hva som skjedde: Tunnelen ble gravet halvferdig fra BS sin side. Det siste vi finner er fra 16.03.99, der "pasienter på MHH reagerer på at de må fraktes i ambulanse, eller ta drosje, for å komme seg til og fra behandling på BS". "Det hadde vært mer behagelig å bli trillet i senga si inne i en tunnel",* sa en av pasientene til avisen. Innsparinger i fylkeskommunen skal ha stoppet prosjektet.

> " I mangel av en ferdig tunnel ble de første pasientene med benbrudd trillet av leger i friluft og pent vær over plassen mellom sykehusene ..."

Lege Michael Pihl ved Ortopedisk avdeling, Bærum sykehus, "vikarierer" som portør. Fotografert av kollega Rebekka Hellebø på vei tilbake til Bærum sykehus, etter å ha overlevert en pasient med ankelbrudd til operasjon ved Martina Hansens hospital.

Fra Budstikka 16.03.99, som viser den halvferdige tunnelen mellom sykehusene.

Friluftstrilling

I mangel av en ferdig tunnel ble de første pasientene med benbrudd trillet av leger i friluft og pent vær over plassen mellom sykehusene denne uken. En pensjonert ambulanse utlånt av OUS reaktiveres i disse dager kun for dette formål. Leger, sykepleiere og alle ansatte samarbeider fantastisk. Vi er stolte av å være sjefer for to av Norges flotteste ortopediske avdelinger, som evner å omstille seg på svært kort tid.

BILDEBREV

Utvortes bruk: Jobbglidning på St. Olavs hospital

tekst og foto

Solveig Eithun og Sandra Salberg, St. Olavs hospital

4. Da halvparten av sykepleierne på elektiv sengepost ble sendt i karantene, var det akutt mangel på pleiepersonell. Grunnet lite klinisk virksomhet var det en selvfølge for avdelingens leger å stille opp. De fleste stellesituasjoner har gått uproblematisk, og som bildet viser er pasientene mer enn fornøyd med pleien.

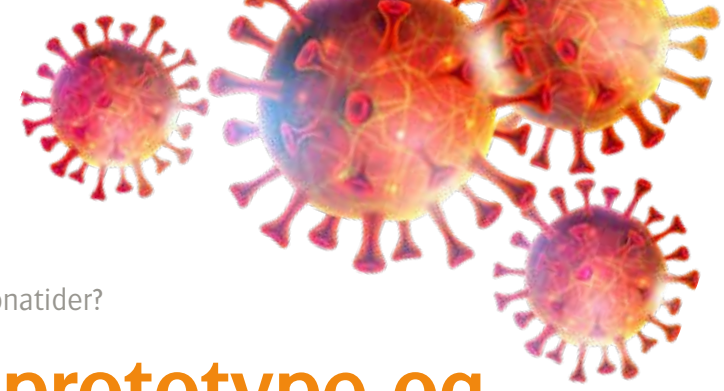
2. Smittevernsortopeden har hatt mange oppdrag under pandemien. Han stiller opp til alle døgnets tider, og er behjelpelig med smittevernsspørsmål av alle slag. Han er lett gjenkjennelig med sin gule kappe og visirkrone. Dersom andre ortopediske avdelinger har behov for hjelp med smittevernet, tar han med glede imot henvendelser utenfra.

3. Ortopediske leger har i denne perioden vært nødt til å stille opp som vikarer på lungemedisinsk avdeling. I forkant av oppdraget har flere gått nøye gjennom bruksanvisning og prosedyrer ved forstøverbehandling. Gleden var stor da de knekte koden.

4. Enkelte har også fått med seg at den amerikanske presidenten anbefaler peroral behandling med desinfeksjonsmiddel. Som et ledd i beskyttelse mot smitte har dette blitt tatt på alvor. Akkurat denne ortopeden ble i etterkant innlagt på medisinsk avdeling, av personvernhensyn kan vi ikke si noe om årsaken til dette. Hun er ikke blitt sett siden.

6. Flere glimter med sitt fravær på morgenmøtet, ny teknologi har tillatt at vi kan delta på skype. Flere velger denne muligheten, hvorhen de måtte befinne seg. Den tekniske kvaliteten på lyd og bilde har vært av noe varierende kvalitet. Hundebjeff, musikk og barneskrik i bakgrunnen har blitt den nye normalen. Mange har stiftet bekjentskap med hjemmekontor, dette har hatt sine fordeler. Det kan være lurt å kontrollere at kameraet er slått av før man logger seg inn i møtet, med mindre man vil dele underbukser og sovesveis med kollegaene.

5a-c. Da driftsservice og renhold har hatt en økende mengde oppdrag i denne perioden, har vi vært nødt til å gjøre en del forefallende arbeid selv. Heldigvis er de fleste praktisk anlagt, slik at skifting av lysrør er like enkelt som å dytte ned en gammanogle. De som er blitt satt til renhold av fellesarealer og kjøkkentjeneste er ikke like fornøyde. Det er foreløpig ikke kommet klager på oppgavene som er utført.



Kjedelig å være ortoped i koronatider?

Fra idé til prototype og patentsøknad på seks uker

– et innblikk i en annen type virksomhet

Mange kolleger kjente på uroen i dagene før Norge stengte ned 12. mars. Noe var i ferd med å skje uten at en skarve ortoped kunne være helt sikker på hvor farlig dette viruset var og hvordan det ville påvirke våre liv på jobb og hjemme. Dramatiske og foruroligende rapporter kom fra Italia om mangel på beskyttelsesutstyr, mangel på intensivplasser og økende antall dødsfall, også hos helsepersonell.

Max Temmesfeld, lege i spesialisering* og **Rune B. Jakobsen,** lege i spesialisering**

På vakt dagen før nedstengningen var det åpenbart at inngripende forandringer i samfunnet og i helsevesenet var veldig nært forestående. Vi opererte da en eldre pasient som hadde pådratt seg et lårhalsbrudd med innsettelse av en hemiprotese – et rutineinngrep på en ortopedisk avdeling. På AHUS og 13 andre sykehus i Norge brukes kirurgiske hjelmer ved protesekirurgi selv om evidensen av effekten mot postoperative infeksjoner er omstridt. Men hjelmen beskytter i hvert fall operatørene mot direkte kontaminering med pasientens kroppsvæsker, sprut fra puls-lavage osv. Det føles relativt trygt å være inne i disse hjelmene. Når vi samtidig hørte at AHUS hadde foruroligende få FFP3/

> ” Kan man ikke bare bruke hjelmer og være koronatrygg på kohort-sengeposter, på intensiv eller på operasjonsstua?”

N95 masker på lager hvis det skulle bli ”italienske tilstander”, kom spørsmålet: Kan man ikke bare bruke hjelmer og være koronatrygg på kohortsengeposter, på intensiv eller på operasjonsstua?

De fleste kirurgiske hjelmer består av et indre skjelett med en intern batteridreven vifte, som suger inn frisk luft gjennom en luftpermeabel membran, som er en del av en steril hette. Hetten har visse filteregenskaper, men filtrerer den bort aerosoler? Vi fant fort ut at andre hadde tenkt på hjelmer og smitte ved epidemier før, blant annet ved den første SARS-epidemien i 2003, og det som var publisert talte for at det ikke var noen god beskyttelse mot SARS-smitte.[1]

De neste dagene var preget av mange spørsmål: Får vi samme skrekkscenario som i andre europeiske land eller er dette bare en liten kinesisk forkjølelse? Smitter vi hverandre en etter en og så våre pasienter? Hva med våre eldre kolleger? Vil vi bli omplassert til andre avdelinger?

Ortopedisk kjernekompetanse var lite nyttig når all elektiv drift ble innstilt og, mer overraskende, også øyeblikkelig hjelp-kirurgien ble redusert til en brøkdel. Nordmenn var tydeligvis pliktoppfyllende og satte seg godt til rette i sofaen – og ble der.

Kan vi gjøre noe?

PhD-prosjektet til Max Temmesfeld, veiledet av Rune B. Jakobsen, handler om å bruke 3D-printede modeller til blant annet å tilpasse kutteblokker ved osteotomier eller for preoperativ planlegging av kompliserte frakturer, som tidligere beskrevet her i Ortopedposten.[2] Prosjektet hadde så vidt kommet i gang, med god støtte fra ortopedisk klinikk på AHUS blant annet i form av en D-stilling.

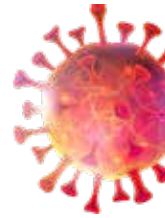
I forbindelse med etableringen av avdelingens lille 3D-lab hadde vi også etablert kontakt med ingeniøren Håvard Hoelsæter. Samarbeidet hadde gitt resultater, og vi hadde allerede operert et par pasienter med skreddersydde borre- og kutteblokker.[3] Vi hadde også skjønt at ingeniører og ortopeder svært ofte tenker helt ulikt og at en ikke uvesentlig del av dette samarbeidet besto i tålmodighet fra begge sider når kompliserte ingeniørbegreper møtte komplekse medisinske problemstillinger. Man stiller med hver sin kompetanse, men lykkes kun sammen.

Men midt i mars var det altså åpenbart at det ville bli lite elektive operasjoner med kutteblokker de nærmeste månedene. Kunne vi da bidra med noe meningsfullt i krisen? Kunne de kirurgiske hjelmene modifiseres ved hjelp av våre 3D-printerferdigheter så de kunne beskytte mot SARS-CoV-2?

Ortopedisk tilnærming

Vi tok en ortopedisk tilnærming: Greit, de originale hjelmene er sannsynligvis ikke gode nok, men hva om man bare setter et filter på toppen? Hørtes enkelt ut. En tur til Clas Ohlson og tilbake til laben med et støvsugerfilter som ifølge leverandøren skulle filtrere ut 99,75 % av alle partikler, bedre enn FFP-3 masker. Det burde holde.

> ” Vi tok en ortopedisk tilnærming: [-] hva om man bare setter et filter på toppen? Hørtes enkelt ut. En tur til Clas Ohlson og tilbake til laben med et støvsugerfilter …”



Men for å få filteret festet til hjelmen måtte vi designe og 3D-printe en adapter som passet nøyaktig til vifteinntaket på hjelmen. Med adapteren over luftinntaket i hjelmen og ut via et hull i hetten, tenkte vi å skape et overtrykk av ren filtrert luft inne i hjelmen (figur 1). Dette er samme prinsipp som i såkalte PAPRs (powered air-purifying respirators).

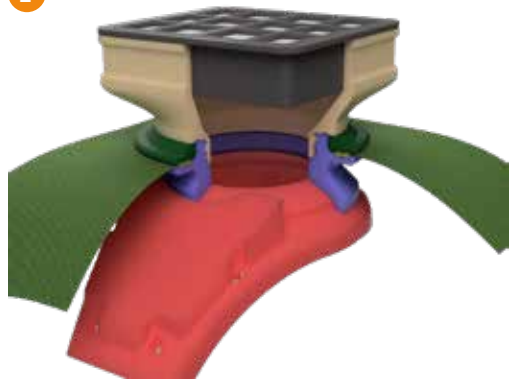
Enklere sagt enn gjort, men vi gjøv løs og fikk designet en prototype. Håvard, Max og en ny mann på laget, Mikael Omlid, industridesigner og 3D-printekspert tenkte og tegnet på kveld og natt – og variant etter variant ble printet på labben i kjelleren på AHUS. Med lim fra Megaflis fikk vi montert opp en testbar prototype og kollega Peter Grant fra Lovisenberg tok med seg prototypen til Sahlgrenska i Gøteborg for testing.

Kan man stole på støvsugerselgere?

Dessverre er støvsugerleverandører ikke til å stole på. Verken filtrene fra Clas Ohlson eller fra Miele leverte noe i nærheten av lovet – og langt, langt fra godt nok til å beskytte mot COVID-19. Med det tyske filteret

*Ortopedisk Klinikk, Akershus universitetssykehus. **Institutt for helse og samfunn, Universitet i Oslo

1



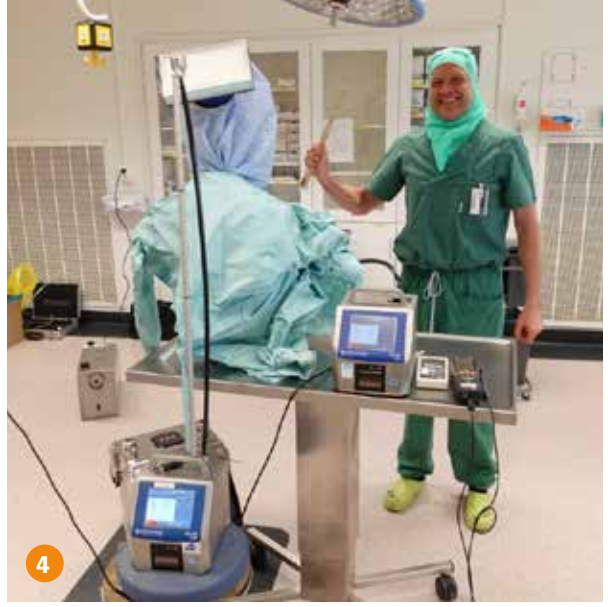
Rendering av en tidlig prototype med et støvsugerfilter fra Clas Ohlson demonstrerer prinsippet: luften suges inn via filteret (sort), det er ingen annen vei inn. Hetten (lys grønn) holdes på plass ved hjelp av en klemring (mørk grønn). Bilde: Mikael Omlid, eurodapter.no

2

Siste prototype. Klemringen er fremstilt i rødt.
Foto: Mikael Omlid, eurodapter.no

CO_2 testing på sykehuset treningsrom. En CO^2 probe er montert inn i hjelmen og en datalogger på ryggen måler kontinuerlig. De nyeste koronatallene på TV-en i bakgrunnen minnet oss stadig på hvorfor vi styrte med dette.

Foto: eurodapter.no



Peter Grant på operasjonsstue på Sahlgrenska under partikkeltesting av en tidlig prototype.

Foto: Peter Grant

Fra idé til prototype og patentsøknad på seks uker Fortsatt ...

ble til og med så liten luftstrøm at brukeren trolig ville havne i CO_2-narkose etter kortvarig bruk. Som et lite sideprosjekt testet vi samtidig den umodifiserte hjelmen og fant at små partikler på 0,3 mikrometer faktisk hoper seg opp inne i hjelmen. Det er med andre ord lurt å høre på produsenten når de sier at hjelmen ikke bør brukes alene som beskyttelse mot aerosolsmitte.[4]

Vår opprinnelige plan var å gjøre adapteren med printbare filer fritt tilgjengelig, slik at alle med tilgang til en 3D-printer kunne printe selv. Etter flere tester virket det mer og mer urealistisk og ikke minst uforsvarlig. Ørsmå ujevnheter og suboptimale filtre førte til stor lekkasje. Samtidig viste CO_2-målinger (figur 3) at hvis vi kunne finne riktig filtermateriale og fikse designet så burde det være fullt mulig å lage noe som kunne fungere.

Ring bakvakta

Intens googling, finlesning av nerdete artikler med kryptiske diagrammer, litt wikipedia og litt mer matte måtte til. "LIS-refleksen" med å ringe bakvakta viste seg å fungere i filterbusinessen også. Vi kontaktet Camfil, en av verdens største filterprodusenter med eget forskningssenter i Sverige. De var travle. I en pandemi var det åpenbart mange som ville filtrere luft, men heldigvis stilte de opp for oss også. Etter mye prøving og feiling fikk vi skreddersydd et filter til adapteren vår, testet i henhold til EU-regelverket for slikt. Petter Grant testet på nytt på Sahlgrenska. Da han ringte og kunne rapportere at konstruksjonen var tett og antall partikler som slapp inn i hjelmen var praktisk talt null, skjønte vi at det fungerer. (Figur 4)

Hvorfor patentere?

Norge har, som de fleste andre vestlige land, et tydelig lovverk: oppfinnelser man gjør i kraft av sin stilling på sykehus eller andre steder tilhører først og fremst arbeidsgiveren. Det er dermed også arbeidsgiveren som bestemmer hva som skjer videre. Da vi etter noen uker forsto at det ikke var trygt å legge dette ut så alle kunne printe det selv, ble vi rådet til å melde dette inn som en oppfinnelse til teknologitransferkontoret til Helse Sør-Øst, Inven2, for å undersøke om oppfinnelsen kunne patenteres.

Intensjonen med hjelmløsningen har hele tiden vært og er fremdeles å gjøre adapteren – såfremt den fungerer og er trygg – tilgjengelig for så mange helsepersonell som mulig. Siden testene våre viste at en dugnadsløsning der mange printet adaptere for så å lime inn filteret på egen hånd ville være uforsvarlig, måtte en evt. produksjon være kontrollert og helst sentralisert. Sykehus har verken hjemmel eller lov til å drive med produksjon av utstyr. Vi forsøkte derfor å

> " Intensjonen med hjelmløsningen har hele tiden vært og er fremdeles å gjøre adapteren [-] tilgjengelig for så mange helsepersonell som mulig ..."

få økonomisk støtte hos ulike stiftelser og veldedige organisasjoner uten å få napp. Alternativet er da å finne en samarbeidspartner i industrien.

Lynkurs i utstyrsindustri

De siste ukene har derfor også vært et lynkurs i hvordan utstyrsindustrien fungerer, en verden som mange leger kun har overfladisk kjennskap til. En industriell samarbeidspartner ønsker å få noe tilbake med kroneverdi hvis de skal investere i produksjon og distribusjon, forståelig nok. Men da vil de ikke at noen andre skal kopiere konseptet. De vil ha enerett, og det får man gjennom patent. For å få til produksjonen så raskt som mulig, bestemte AHUS seg derfor for å søke patent, og plutselig kom det et intenst arbeid med patentskriving sammen med Inven2 på toppen av det hele.

Dugnad

I tillegg til et innsyn i utstyrs- og leverandørindustrien har de siste ukene også vært et imponerende eksempel på hvordan folk stiller opp når det er krise, som regel uten å ta seg betalt. Firmaet Fieldmade AS i Lillestrøm stilte med 3D-printerkompetanse og var bl.a. med på CO_2-testing i sykehusets treningsrom på tredemølle. Universitet og private firma stilte med gratis utlån av utstyr. Internt på sykehuset har folk også vært svært positive, fra sterilsentralen til operasjonsavdeling og fra klinikkledelsen til forskningsdirektøren har alle stilt opp og hjulpet til.

Veien videre

Prosjektet har fått korona-idépris av Inven2, så det er nå med litt midler til å betale for de mest vesentlige utgifter. Vi er ikke helt ferdig med utviklingen og har neppe midler til å sette i gang produksjonen. Derfor leter vi etter samarbeidspartnere for utlisensering. Etter at vi lagde hjemmeside (eurodapter.no) og det kom reportasjer på NRK[5] og i VG[6], har det også vært stor interesse fra rundt om i verden med både gode ideer og ønsker om å kjøpe adaptere.

Vi har testet adapteren på operasjonsstue (figur 5) og håper på å ha fungerende adaptere klare til bruk på AHUS i løpet av noen uker. Er dere interessert i å høre mer, er det bare å ta kontakt. I skrivende stund er det åtte uker siden vi startet på prosjektet. Det har blitt noe helt annet enn vi trodde!

Siste prototype i felttest på operasjonsstuen.

Foto: Max Temmesfeld, eurodapter.no

Referanser:

1. Derrick, J. L., & Gomersall, C. D. (2004). Surgical helmets and SARS infection. Emerg Infect Dis, 10(2), 277-279. doi:10.3201/eid1002.030764
2. Temmesfeld, M., Fuglesang HF. (2019). 3D printing i ortopedi i Norge: nå eller aldri. Norsk Ortopedpost, Nr. 1 (Årgang 24), 3.
3. Temmesfeld, M. J., Hauksson, I. T., & Mørch, T. (2020). Intra-Articular Osteotomy of the Distal Radius with the Use of Inexpensive In-House 3D Printed Surgical Guides and Arthroscopy: A Case Report. JBJS Case Connector, 10(1), e0424. doi:10.2106/jbjs.Cc.18.00424
4. Jakobsen, R. B., Temmesfeld, M. J., & Grant, P. (2020). Does the Stryker Flyte surgical helmet provide protection against aerosol transmitted disease? Acta Orthopaedica, 91. (2020, 06.05.2020).
5. [Television series episode]. In Nilsen, F. S. (Executive producer), Kan gjøre hjelmer til smittevernutstyr: NRK Østlandssending.
6. Huuse, C. (2020). Ny metode kan spare smittevernutstyr: – Vi regner med en bølge nummer to. Verdens Gang. Retrieved from https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/wP2X1G/ny-metode-kan-spare-smittevernutstyr-vi-regner-med-en-boelge-nummer-to

Orthopaedic VIrus Detection 2020 (OVID20)

Hva gjør ortopeder når operasjonsstuene er i "KORONABEREDSKAP"?

Torsdag 12. mars stengte Norge. På Ortopedisk avdeling på Ullevål hadde vi frem til 12. mars forsøkt å ha noe elektiv drift i tillegg til øyeblikkelig hjelp. Nå ble det kun øyeblikkelig hjelp og enkelte pasienter med prognosetap.

Foto: ©Shutterstock.com

Testsykepleiere Cecilie Spilsberg og Janne Høglund.
Fotos: Elise Berg Vesterhus.

Lene B. Solberg, Oslo universitetssykehus

For de ansatte ble det vekslende hjemmeberedskap, rydding i DIPS og kontorvask. Etter en uke med hjemmebarnehage, hjemmeskole og sosial distansering var flere av oss glade for å kunne rydde og vaske både i DIPS og på kontoret. Til tross for skitne kontor var vasken raskt unnagjort. Dermed ble det tid til å utveksle mer eller mindre godt funderte pandemibetraktninger med gode kolleger i brakkegangen på Ullevål.

Koronaforskning i egne rekker

I frustrasjon over manglende kontroll på pandemien og kunnskap om utbredelse i egen avdeling ble ideen om ortopedisk koronaforskning unnfanget. Kunne vi teste alle friske, asymptomatiske ansatte i vår klinikk (ortopedisk klinikk på Oslo universitetssykehus), i alle fall 400 stykker, ville vi få god oversikt over utbredelsen i egne rekker og kunnskap om symptomer versus ikke-symptomer hos personer med Covid-19.

Noen telefoner og virtuelle møter senere var "Orthopaedic VIrus Detection 20 (OVID20)" et faktum. Vi var heldige og kom raskt i kontakt med mikrobiologer og infeksjonsmedisinere i www.koronastudien.no (ledet av Arne Søraas) som allerede hadde godkjenninger fra regional etisk komite og personvernombudet samt elektronisk spørreskjema på plass. Dermed kunne vi konsentrere oss om å organisere det praktiske (noe vi ortopeder er ganske gode til).

VID-20
Orthopaedic VIrus Detection-20

Gjennomføring

Fra 1.-6. april 2020, en drøy uke etter at ideen var født, testet vi 469 ansatte fordelt på tre lokalisasjoner i vår klinikk (Storgata, Rikshospitalet og Ullevål). I tillegg til å se hvor mange som var asymptomatiske "virusbærere" ønsket vi også å vite noe om hvor mange som hadde gjennomgått asymptomatisk eller svært mild infeksjon med SARS-CoV-2, og som nå kanskje er immune. Vi tok derfor både virusprøver og blodprøver til serologi av alle. Resultatene viste at det var få asymptomatiske bærere av SARS-CoV-2 i vår klinikk og få med antistoffer som tydet på gjennomgått sykdom. Slik at resultatene våre gjenspeiler nok den antatt lave prevalensen av SARS-CoV-2 i den norske befolkningen.

Studien har gitt oss interessante svar, men like interessant og givende har det vært å se hvilken iver og vilje

> " ... men like interessant og givende har det vært å se hvilken iver og vilje det er hos alle til å gjøre sitt beste ..."

det er hos alle til å gjøre sitt beste for at det skal gå bra. Dyktige kolleger i andre medisinske disipliner med stor vilje til å dele kunnskap og goder gjorde det mulig å få studien raskt på plass slik at vi kunne gjennomføre testing på toppen av pandemien. Effektive forskningssykepleiere, positive ledere og ikke minst villige deltakere har så langt gjort studien til en suksess i vår klinikk.

Oppfølging i uke 20

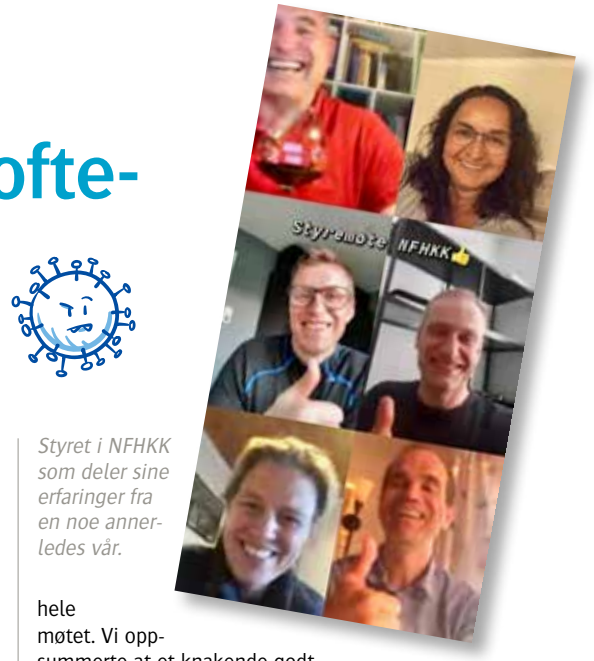
Vi følger opp resultatene og tester alle deltakerne på nytt i uke 20. Det vil gi en indikasjon på om smittepresset igjen øker i befolkningen etter lettet av restriksjoner, om flere har gjennomgått infeksjon og om nivået av antistoffer holder seg hos de som har gjennomgått infeksjon.

Takk til alle studiemedarbeiderne i OVID20: Lene B. Solberg, Ida M. Bredesen, Arne Taxt, Andreas Lind, Trung Tran, Fridtjof Lund-Johansen, Jan Terje Andersen, Elise Berg Vesterhus, Jan Magnus Poulssen, Geir Stray Andreassen, Arne Søraas, Lars Nordsletten.

Lars Nordsletten ordner kø.

Jan Magnus Poulssen sorterer prøver.

Kjærlighet til hofte- og knekirurgi i koronaens tid



Styret i NFHKK som deler sine erfaringer fra en noe annerledes vår.

"An orthopaedic surgeon is a physician who specializes in diagnosis and surgical treatment of injuries and disorders involving the musculoskeletal system, such as hip replacements and arthroscopic knee surgery. In addition to treating trauma to the musculoskeletal system, these doctors also deal with sports injuries, degenerative diseases, infections, tumors and congenital disorders."

Mona Badawy og resten av styret i NFHKK

Det var de gode tidene. La ortopeder være ortopeder! Det er en grunn til at ortopeder ikke er de første som reiser seg opp frivillig på et fly over Atlanteren når det annonseres "is there a doctor on the plane"? Alltid greit å slippe andre mer kvalifiserte og ivrige hjelpere (f.eks. intensiv/anestesisykepleiere) til først. De av oss som kun har drevet med elektiv kirurgi de siste 10-20 årene er kanskje de verste å be om plutselig å skulle jobbe som intensivlege med respirator eller andre puste-devices som eneste verktøy. Må innrømme at panikken tok meg litt der en stund. Og faren er enda ikke over ... visstnok ikke før neste år. I beste eller verste fall. Norsk hofte og kne kirurgisk forening hadde et Skype møte her en kveld. Dvs. vi prøvde oss på Zoom, men det funket ikke, så vi endte opp på Messenger på mobilen. Funket som bare det. Vi har blitt eksperter på nettbaserte løsninger. Styrelederen hadde til og med rød saft i et vinglass som vi andre misunte ham under hele møtet. Vi oppsummerte at et knakende godt symposium som var planlagt til NOF Centennial i Trondheim gikk i vasken. Vi startet planleggingen av et mulig Høstmøte-symposium i oktober, og om vi kunne omgjøre det til et digitalt symposium i verste fall.

> " De av oss som kun har drevet med elektiv kirurgi de siste 10-20 årene er kanskje de verste å be om plutselig å skulle jobbe som intensivlege med respirator eller andre puste-devices som eneste verktøy ..."

Siste punkt på agendaen var et bidrag til NOP'en, og da styreleder Röhrl spurte om noen hadde vært på et spennende møte eller kongress den siste tiden, ble det stille. Siste spennende møte alle hadde deltatt på var ortopedisk høstmøte 2019, og vi følte det ble vel historisk å referere derfra. Derfor bestemte vi oss for å oppsummere hvordan hverdagen for hofte og knekirurger rundt om i landet har vært de siste ukene, representert ved styret i NFHKK.

OUS Ullevål

Stephan Röhrl

Våren min var planlagt med noen høydepunkter og oppgaver som skulle kreve en del oppmerksomhet. Det skulle bli undervisning på et hofte-kurs med flere foredrag som måtte lages, symposium på NOF som skulle forberedes, foredrag på EFORT om Innovasjon, og den internasjonale RSA kongressen som skulle formes for neste år. Året lovet bra også fordi flere forskningsprosjekter kom i sluttfasen og skulle fås ned på papir. Lite visste jeg da hvor annerledes alt skulle bli.

Februar ble preget av min fars bortgang med sykebesøk og begravelse i Tyskland. Tilbake på norsk jord fikk min kone tema for prøveforelesningen og startet sin "pre-disputasfase". Ved siden av klinikken var det nå meg som hadde hoved ansvaret for å holde i trådene privat. "Og det er ikke noe som bare gjøres på en kafferast", som en av mine kolleger (Bjarne Grøgaard) pleide å si. Intensiteten økte parallelt med Corona krisen.

Universitetets siste disputas

Min kone skulle disputere fredagen den 13. mars. Jo nærmere vi kom dagen desto mer usikkert ble det hele og hvordan disputasen skulle foregå. Parallelt med taleskrivning, klinikk, hjemmeskole og "jobben som husfar" utartet alt seg som i en spenningsfilm som handler om Fredagen den 13. Det ble universitetets siste disputas med opponenten fra Sverige på Skype, begge veiledere i karantene før den totale "Corona shut down". Disputasmiddagen ble avlyst og omvandlet til en koselig fredags familiemiddag med take-away.

I dagene som fulgte kom beskjeden at alt av elektiv kirurgi var innstilt inntil videre. Vår seksjon delte mannskapet i 2 lag og jeg skulle ha hjemmekontor den første uken. Etter noen dager var vår elektroniske møteplattform på plass takket være vår ekstremt dyktige undervisningsguru Gunnar Flugsrud. Poliklinikken ble mest digital med telefonkonsultasjoner. Gule lapper i Dips kunne etter hvert bearbeides hjemmefra. Men ved siden av vanlig ortopedisk journalarbeid ble det plutselig mer tid enn vanlig for manuskript, reviews (som man allerede hadde fått flere purringer på) og søknader, ja til og med en hel sammenskrivning kunne ses på veldig nøye. En etter en kongress ble avlyst etter hvert og tankene og tid frigjort til annet. Uken deretter på jobb bød på en del akutt kirurgisk virksomhet med bløtdelsrevisjoner, periprostetiske frakturer og samarbeidsprosjekter med bekkenkirurgene for acetabulumfrakturer som skulle få protese i samme seanse. En ortopedisk sengepost ble gjort om til intermediær Covid 19 post med kritiske pasienter som drives av ortopeder med støtte fra noen anestesileger. Vi ble derfor kurset i blodgasshåntering og ble oppdatert på vurdering av pasienter på respirator. Ved påske virket det som folk hadde blitt litt lei av å sitte stille hjemme fordi min påskevakthelg serverte noen store trauma med mye frakturkirurgi.

Deretter startet min 3 ukers overlegepermisjon som jeg egentlig hadde planlagt for vårens oppgaver: Protesekurs, NOF- og EFORT-symposium og RSA kongress 2021. Det ble litt annerledes. Effekten og flyten av hjemmeskolen uten foreldre støtte var ikke gitt. Siste tiden har lært meg mye, ikke minst oppdatert mine kunnskaper i naturfag og fransk gjennom hjemmeskole. Digital møtevirksomhet blev mer og mer en rutine. Man sparer transporttid til og fra møtet og kan befinne seg hvor som helst i verden. Men om det kan erstatte den personlige samtalen med personen til stede er jeg nok usikker på.

En av siste ukens høydepunkter var boken "The butchering art" fra Fritzharris Lindsay. En bok om kirurgiens mest avgjørende år i Europa i midten av 1900-tallet der kloroform og antisepsis revolusjonerte vårt fag. En blodsprutende og brutal fornøyelse med detaljert beskrivelse av en amputasjon på 27 sekunder med 300 % mortalitet. Det blir spennende å se hva som revolusjonerer vårt fag de kommende årene?

> " En blodsprutende og brutal fornøyelse med detaljert beskrivelse av en amputasjon på 27 sekunder med 300 % mortalitet ..."

Revitalisert kontakt

En positiv opplevelse med Coronatiden for meg var at jeg revitaliserte kontakten med flere venner og pårørende i nær og fjern for å se hvordan de hadde det. Tross isolasjon og minst 2 meters avstand har vennskapet blitt sterkere igjen. Jeg fikk til og med nye venner og inspirasjon via digitale challenges. Stuen ble delvis omorganisert til en gymsal. Kjernefamilien vokste enda mer sammen og vi fikk ha mye kvalitetstid.

Men livet ruller videre. Man innser at man var heldig med sitt yrkesvalg. Nye oppgaver dukker opp og det starter å klø i fingrene. Heldigvis er det 4. mai i morgen. Tilbake på jobb, med pasienter som har ventet lenge på kirurgen!

Kysthospitalet i Hagevik

Mona Badawy

Jeg og en kollega reiste over til en disputas på Ullevål sykehus den 5. mars. Vi reiste med fly, flytog, trikk, satt tett både i disputasen og på festen etterpå, og reiste hjem til Bergen med toget dagen etterpå. Alt var tilsynelatende normalt den uken, til tross for at øyeavdelingen på Ullevål allerede var virus-rammet.

Uken etter, altså 9. mars, ble første pasient med Covid-19 innlagt på Haukeland, og alt faglig fokus var da over på Korona. Mail-strømmen var enorm de første ukene; korona-nytt, korona avklaringer, pandemiplaner, personelldisponering, opplæringsbehov, smittevern, testing for Covid-19, Skype-møter, telefon- og videokonsultasjoner, prioritering, etc, etc. Og ikke minst stans i all elektiv virksomhet.

Før påskeferien kom var hodet kun fylt opp av revisjon og rerevisjon av diverse pandemiplaner, ikke av kneproteser. Og for vår del på Kysthospitalet, forberedelser til å ta imot fractur-pasienter fra Haukeland dersom intensivplassene der ble fylt opp. Dette var et scenario som ikke ble en realitet nå i første omgang i alle fall. Antall intensivpasienter var fallende og behovet for oss som beredskapssykehus ble lagt på is en stund.

Kjærlighet til hofte- og knekirurgi i koronaens tid Fortsatt ...

” Så glad man kan bli av å endelig få lov til å jobbe med dårlige knær istedenfor pandemiplaner!”

Det ble åpnet opp for elektiv kirurgi igjen og gleden var stor da vi pakket opp den ene kneprotesen etter den andre, om ikke i det helt store volumet, så i hvert fall bedre enn ingenting. Det var en fantastisk følelse å være tilbake i en slags normalsituasjon igjen. Så glad man kan bli av å endelig få lov til å jobbe med dårlige knær istedenfor pandemiplaner! Nå har vi omtrent 75 % drift på operasjonsstuene og poliklinikken, mens andre sykehus er tilbake i normal drift allerede. Hjernen fungerer tilnærmet normalt igjen til tross for store mengder Netflix, uendelige spaserturer i nærområdet, passelige mengder alkohol og for min del store barn med nettbasert hjemmeundervisning uten behov for foreldrestøtte. Det har gått helt greit, har ikke så mye å klage på, mange som har det mye verre.

St. Olavs hospital

Tina Strømdal Wik

Jeg overtok jobben som avdelingssjef for legene ved Ortopedisk avdeling i januar i år, hadde store visjoner for avdelingen, og gikk ivrig i gang med både prosjekter og planlegging. Dette arbeidet ble brått erstattet av full beredskaps-planlegging og omlegging av all ortopedisk virksomhet andre uka i mars.

Det startet med det absurde å måtte ringe til kollegaer og be dem komme hjem fra kurs. Deretter fulgte noen gigantiske stryk-møter som jeg håper at vi aldri må gjennomføre igjen. For å kunne huse de mange varsle-de innleggelsene med Covid-19 er St. Olavs plan at en ortopedisk sengepost omgjøres til lungepost, og leger ble sendt avgårde på hospitering på lungeavdelingen, og internundervisningen ble erstattet med foredrag om KOLS og respirasjonssvikt ...

Ukene gikk uten det store innrykket av pasienter på sykehuset. En pasient i avdelingen hadde smitte og vi fikk prøvd ut vårt eget Covid-sengetun. For et par uker siden ble det igjen litt luft i kalenderen, og selv om det stadig er mye Covid-spørsmål og avklaringer planlegger vi heldigvis nå for normal elektiv aktivitet igjen. Jeg sendte en mail om ”kontorsituasjonen” og fikk til svar at det var merkelig å få en mail hvor det sto nettopp kontorsituasjonen og ikke koronasituasjonen. Stemningen letter med forsiktig optimisme. Ingen vil gjøre dette en gang til, men vi vet at vi kan hvis vi må. De store spørsmålene nå er om/når morgenmøtene blir de samme igjen, og om vi må ha sommeravslutning i smågrupper på videokonferanse.

HSR Haugesund Sanitets-forenings Revmatismesykehus

Øystein Gøthesen

I skrivende stund føler jeg at vi i Norge har vært smarte. Vi gikk for ”slå ned”-strategien og klarte utrolig raskt å få R under 1. Men ikke uten en viss skremming. Folk måtte skremmes fra hytter og fester, treningssentre og kjøpesentre.

Bilder fra Italia og Kina av folk som ikke fikk puste og ble kvalt av dette lunefulle viruset, satte en støkk i de fleste av oss. Vi var ”tøffe i trynet” til å begynne med, ”det er jo bare et vanlig forkjølelsesvirus” (fornekteren), ”det er bare de gamle og syke som dør” (Darwinisten), ”vi skal alle blir smittet” (epidemiologen). Men så kom fienden nærmere, og Ullevåls akuttmedisinske sjef gikk ut og advarte mot at vårt helsevesen ville knele dersom vi slapp Corona-fanden løs. Vi hadde syltet pengene våre ned i et fond i stedet for å bruke dem på helseberedskap! Hverken respiratorer, smittevernutstyr eller helsepersonell var på plass.

Men, ”nød lærer naken kvinne å spinne”, og jammen så ikke nødrespiratoren dagens lys, og norskproduserte munnbind av ull ble lansert. Dugnadsånden ble manet frem fra Bent Høies magiske lampe, og vi opplevde at folk ønsket å definere helsepersonell som helter og frontkjempere. Man kan jo bli smigret av slikt, men når man skjønner at man skal i krigen uten grunnut-rustning og våpen, blir man kanskje litt skeptisk til å være frontkjemper. Man er lært opp til å tenke ”føre var”, men nå skulle man tenke ”krise”, ”slokk brann”, ”prioriter”, ”triager”! Selv en sindig protesekirurg kunne bli stresset av slikt. Nå var det ikke bruk for oss som protesekirurger, så hva skulle man da bruke oss til, mon tro? Kanskje vi kunne læres opp til å behandle Covid-pasienter?

Tom avlastningspost

Heldigvis roet det hele seg ned og vår nyopprettede avlastningspost for nabosykehuset ble stående tom. Vi gikk for ”lut og kaldt vann”, isolerte på hvert vårt kontor/hjemmekontor. Ikke en protese i sikte.

” Vi var ”tøffe i trynet” til å begynne med, ”det er jo bare et vanlig for-kjølelsesvirus” (fornekteren), ”det er bare de gamle og syke som dør” (Darwinisten), ”vi skal alle blir smittet” (epidemiologen). Men så kom fienden nærmere ...”

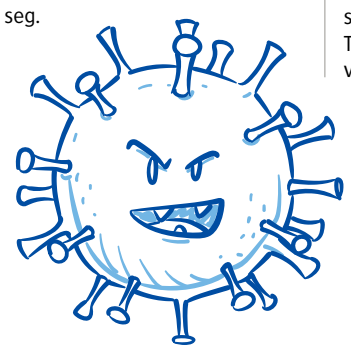
Ortopedisk morgenmøte St. Olavs hospital på koronamåten, 5-6 personer i rommet og resten på videokonferanse.

Etter en stund i kjedsomhet, begynte kreativiteten å blomstre. Webinar ble plutselig en interessant arena, kvalitetssikringen falt på plass, forskningsprotokol-lene ble gjort klare og prosedyreboken ble oppdatert. Vi utviklet evner på Skype, Zoom, Messenger, Teams, og lærte oss å behandle ortopediske pasienter gjen-nom telefonrøret. Nå har pasientene kommet tilbake til poliklinikken hos oss, og vi har til og med operert

” ... ting er ikke som før. Vi håndhilser ikke, sitter med avstand til pasienten, og åpner selv døren når det er på tide å avslutte konsultasjonen, slik at man slipper å sprite dørhåndtaket ...”

proteser igjen, men ting er ikke som før. Vi håndhilser ikke, sitter med avstand til pasienten, og åpner selv døren når det er på tide å avslutte konsultasjonen, slik at man slipper å sprite dørhåndtaket i tillegg til stoler, undersøkelsesbenk og stumtjeneren. Vi frykter at den usynlige fienden skal vende tilbake, så vi nøyer oss med færre pasienter, færre operasjoner og konsultasjo-ner med ”sprit” og ”avstand” som viktige ingredienser. Optimisten håper at viruset dør ut nå, eller at vaksinen kommer raskt, men de plagsomme epidemiologene truer oss med nye bølger av elendighet. Freden har dessverre ikke senket seg.

Vårt liv på jorden blir delt i pre- og post-coronal tid. Corona er ikke lenger bare en sort jordbær, eller en øl. En ortoped er ikke lenger bare ortoped.



Nordlandssykehuset Bodø

Kristjan Valdimarsson

Tilbake på jobb i Bodø den 9. mars etter en ukes vinterferie på Island med familien. Ok, hva med denne korona virus/Covid 19, er den så farlig?

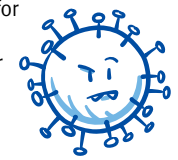
Jobbet i en uke, men måtte så i karantene uken etterpå pga. nye tiltak fra regjeringen. Deretter hjemmekontor, re-prioritering av pasienter på venteliste til operasjon og poliklinikk. Uvanlig lite traumatologi, ferdig med alle gule lapper, henvisninger, interne meldinger, e-mail etc. Da er det faktisk ekstra tid til faglitteratur, det var nok på tide. Men man blir lei av å sitte på rumpa hele tiden. Per dags dato, den 04.05 er det fremdeles gult beredskapsnivå til tross for at Nordland har færrest smittede og elektiv aktivitet har så vidt begynt å ta seg opp igjen.

St. Olavs hospital

Jørgen Jebens Nordskar

Som mange andre har jeg fått prøve meg med kombinasjonen hjemmekontor, hjemmeskole og hjemme-barnehage. Selvsagt havnet jeg i en skvis og fikk ikke fulgt opp hverken jobb eller barn på en god måte. Det er virkelig godt å være tilbake på arbeidsplassen og få profesjonell hjelp med barna på dagtid!

Mange pasienter har blitt strøket fra operasjon og poli-klinikk, og det har jo vært en nedtur, men noe positivt har det nok kommet ut av denne situasjonen også. Vi har jo blitt tvunget til å ta i bruk Skype for møtevirksomheten, noe som har bydd på problemer underveis, men som nå fungerer overraskende bra. Poliklinikken foregår nå delvis per telefon og video, noe som vi sikkert kommer til å ta med oss videre etter den verste coronatiden. Det er som kjent aldri så galt at det ikke er godt for noe.



Dette var noen tanker fra oss i NFHKK styret. Vi håper å se alle gode kollegaer rundt om i landet på Alnabru i uke 43 i oktober (i år!). Da håper vi på gledelig gjensyn og gode klemmer i tillegg til faglig påfyll! Det vil også bli ledige plasser i styret etter Stephan og Mona i første omgang. Det er også et par andre styremedlemmer som etter hvert vil stille sine plasser til disposisjon. Ta gjerne kontakt med en av oss om du som leser dette vil bidra i foreningen for hofte og knekirurgi.

AKTUELT!

Skjønnlitterære perler som gjerne er pensum, og som man kan bruke i selskapslivet for å fremstå belest og bereist.

Litteraturspalten

PESTEN

Få leger er, såvidt redasksjonen vet, permittert i forbindelse med Covid-19 pandemien. Likevel er det kanskje noen som har hatt perioder med en en del lavere arbeidsmengde. Dermed er det håp om at faglig påfyll og oppdatering kan forekomme innenfor arbeidstiden, og fritid forbeholdes andre impulser, muligens av skjønnlitterær art.

Jørgen Andvig, redaktør

Er du ikke blant dem som har plukket opp og lest boken Pesten av Albert Camus den siste tiden skal du ikke være skjemt av det. Her følger nemlig et konsist sammendrag for deg som vil være med i samtalen om en plutselig aktualisert, 70 år gammel roman: Pesten (fransk: La Peste) er en roman av den franske forfatteren Albert Camus. Boken kom ut på forlaget Gallimard i Paris i 1947, og hadde 255 sider. I 1949 kom romanen i norsk oversettelse ved Johannes Skancke Martens.

På ett plan er Pesten blitt lest som en allegori over kampen mot nazismen, men vanligvis er det romanens diskusjon av menneskenes grunnvilkår som framheves. Ved å legge handlingen til et samfunn som utsettes for ekstreme påkjennelser, isolert fra omverdenen, demonstrerer Camus her en egen form for eksistensialisme. Det er en filosofi som er mer positiv i sitt grunnsyn enn den som vennen Jean-Paul Sartre forfekter.

Albert Camus

Albert Camus var en fransk forfatter og filosof som fikk Nobelprisen i litteratur i 1957.
Født: 7. november 1913, Algerie
Død: 4. januar 1960, Frankrike

Bibliografi (utvalg):
Le Mythe de Sisyphe (Myten om Sisyfos) (1942)
La Peste (Pesten) (1947)
Les Justes (De rettferdige) (1947)
L'Homme révolté (Opprøreren) (1951)
La Chute (Fallet) (1956)

Ill.: Originalutgave på auksjon i 2018.[1]

Handling

Handlingen er lagt til den franske kolonibyen Oran i Algerie, som også var Camus' fødeby. En vårdag i året 194- finner legen Bernard Rieux en død rotte i oppgangen. De nærmeste dagene oppdages døde og døende rotter overalt i byen, og ikke lenge etter blir Rieux tilkalt til en person som er angrepet av en ukjent sjukdom med byller og feber. Vantro leger må snart innse at pest er brutt ut i byen. Myndighetene nøler med å sette i verk tiltak, men epidemien utvikler seg i et tempo som ikke gir rom for halvhjertede tiltak. Snart befinner befolkningen seg isolert fra omverden, og byportene voktes av soldater.

Under de ekstreme forholdene, med over 1000 døde pr. uke, mangel på medisiner, mat og andre nødvendighetsartikler, settes menneskene på uante prøver. Vi møter profitøren Cottard, som tjener på vareknapphet, og går amok når epidemien avtar. Vi møter den tilreisende journalisten Rambert, som prøver alle utveier for å komme ut av byen og gjenforenes med sin elskede. En annen viktig person er presten Paneloux som utnytter den allmenne angsten til å holde en svovelpreken der pesten framstilles som Guds rettferdige straff over de forherdete. Seinere – etter at han har sett et barn dø i forferdelige smerter – holder han en ny preken som er mer forsonlig og som legger vekt på at vi mennesker av og til blir stilt overfor det uforståelige.

> "Et gjennomgående trekk er at mennesker som utsettes for [-] prøvelser ser ut til å velge å utføre selvoppofrende handlinger til fellesskapets beste ..."

Et gjennomgående trekk er at mennesker som utsettes for slike prøvelser ser ut til å velge å utføre selvoppofrende handlinger til fellesskapets beste. Eksempelvis når journalisten Rambert endelig har funnet en vei ut, ombestemmer han seg og melder seg som frivillig til helsearbeidet i byen. Sentralt i det frivillige arbeidet står foruten legen Rieux den ubetydelige kommunefunksjonæren Grand og turisten Tarrou. Ingen av dem er helter – de bare gjør det som de føler at de må gjøre under de rådende omstendigheten. Romanen handler i stor grad om hva menneskelig godhet egentlig består i, og hvorfor mennesker velger det som i Sartres moralfilosofi kalles det sjenerøse.

Historien handler først og fremst om motstandskampen under andre verdenskrig, noe Camus påpekte i et brev

> "Sentralt er også fellesskapet som kjemper sammen mot prøvelsene ..."

til Roland Barthes. Sentralt er også fellesskapet som kjemper sammen mot prøvelsene pesten gir.

Romanen ble filmatisert i 1992 med William Hurt i hovedrollen.

PESTEN
i pressen

" Det kan umogeleg vere ei bok som passar betre å lese akkurat no enn Pesten av Albert Camus. Ho er som skreddarsydd for koronakrisa ..."
Framitida.no 4/4-20

" Sjelden eller aldri har en bokutgivelse truffet katastrofens episenter så presist som denne nye oversettelsen av Albert Camus' roman fra 1947 ..."
Dagbladet 10/4-20

" I øyeblikket er "Pesten" verken en abstraksjon eller særlig absurd. Vi er fortsatt ute av stand til å se hvordan denne virus-historien skal ende ..."
NRK 3/4-20

" 73 år etter at boken kom ut, er [-] Pesten igjen på alles lepper ..."
Vagant 19/3-20

NYUTGIVELSE

Albert Camus' Pesten på bokmål. Oversatt av Christine Amadou. Forlag: Solum Bokvennen

1. Kilde: https://www.artcurial.com

Heraeus

69 % Reduksjon av dype infeksjoner ved hoftehemiartroplastikk etter lårhalsbrudd *

COPAL® G+C

Bensement med gentamicin og clindamycin

* Sprowson AP et al. Bone Joint J 2016; 98-B: 1534–1541

www.heraeus-medical.com

VIKTIG!

om ortopedisk høstmøte 2020

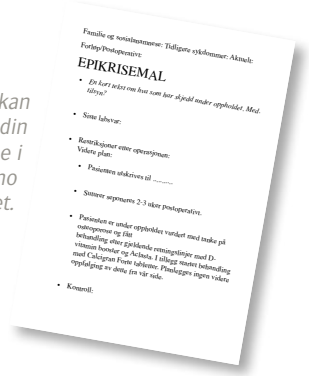
- Årets høstmøte blir digitalt – i et slags webinarformat
- Høstmøtet går av stabelen til vanlig tid (uke 43):
  onsdag 21. til fredag 23. oktober
- Vi kommer til å velge en web-løsning som allerede er godt innarbeidet, sannsynligvis Zoom
- Alle faggruppene blir oppfordret til å arrangere et symposium
- Det vil bli frie foredrag i parallelle sesjoner der man kan velge hvilken man vil være med på
- Nof- og LIOS-symposium samt "beste foredrag"-sesjon vil bli arrangert
- Det blir en påmeldingsavgift, enten avdelingsvis eller pr. deltager
- Fristen for å sende inn abstract vil som tidligere være **31. august**
- Vi gjenoppliver den gamle epostadressen for abstracts:
  foredrag.nof@gmail.com
- Vi håper dere vil kjenne igjen strukturen på møtet, slik at det blir greit å orientere seg
- Vi håper også at dere lokalt vil arrangere noe sosialt, for eksempel gå ut å spise avdelingsvis

Foto: ©Shutterstock.com

Mer informasjon kommer på etter hvert på ortopedi.no

Benkvalitet

Dersom epikrisemalen kan være aktuell å bruke ved din avdeling kan du finne denne i tekstformat på www.LIOS.no under fanen kvalitet.


Familie og sosialinstanser: Tidligere sykdommer: Aktuelle:
Forløp/Postoperativt:

EPIKRISEMAL

- *En kort tekst om hvor lenge pasienten har vært, skjedd under oppholdet. Med. følge?*
- Siste labverdier:
- Remtrikksjonar etter operasjonen:
  Videre plan:
  - Pasienten utskrives til .....
- Sittende urinmens 2-3 skitt postoperativt.
- Pasienten er utrådet opplæringen vurdert med tanke på osteoporose og får behandling etter gjeldende retningslinjer med D-vitamin hormoner og Actinela. I tillegg startes behandling med Calcigran Forte tabletter. Planlegges ingen videre oppfølgingsav dette fra vår side.
- Kontroll:

Ved ortopediske avdelinger rundt om i det ganske land gjøres det mye godt arbeid. Leger i ortopedisk spesialisering (LIOS) ønsker å belyse prosjekter eller initiativ som vi tenker er av verdi for fagmiljøet.

Michael Pihl, LIOS

I denne utgaven tar vi for oss et prosjekt som har fokusert på etterbehandlingen av pasientene og samhandling med kolleger ved sykehjem. Vi er åpenbart fokusert på operasjonsvirksomheten vår og behandlingen som gis på sengepost, men er vi like gode på å legge til rette for god etterbehandling og oppfølging av pasienten etter utskrivelse?

Tom Lian, overlege ved Bærum Sykehus VVHF, avdelingssykepleier Ida T Holmefjord og fagutviklingssykepleier Christine Rygg gjennomførte spørreundersøkelser blant sykehjemsleger for å kartlegge hva de ønsket og eventuelt savnet av informasjon i epikrisene fra ortopedisk avdeling ved Bærum Sykehus. De fikk gode konkrete svar og overveldende positive respons på initiativet. Kolleger som har arbeidet ved sykehjem i flere tiår kunne fortelle at de aldri tidligere hadde blitt rådført, og satte stor pris på å endelig bli hørt.

På bakgrunn av svarene de fikk utarbeidet gruppen en enkel epikrisemal som er tilgjengelig i avdelingens fraser i DIPS. Denne epikrisemalen sørger for at all relevant informasjon kommer med, og skal brukes dersom en pasient utskrives til sykehjem eller rehabiliteringsplass. Epikrisen sendes både elektronisk og følger med pasienten for å forsikre at informasjonen er tilgjengelig for aktuelle institusjon. Det ble gjort spørreundersøkelser og målinger både før og etter innføringen av epikrisemal. Disse viste betydelig bedring av informasjonsflyt, færre rekontakter med avdelingen og økt pasientsikkerhet. For arbeidet vant gruppen Forbedringsprisen 2019 i Vestre Viken, og får særlig skryt for at prosjektet har ført til en helt konkret endring i klinisk praksis og det gode tverrfaglige samarbeidet.

THINGS TO DO 2020

De allerfleste kurs og konkurranser med fysisk oppmøte er sannsynligvis avlyst eller utsatt i 2020. Vi oppforder leserne til å følge med på invitasjoner til webinarer for eksempel fra industrien. I tillegg håper vi at mange av dere får brukt tid til oppdatering av lesetoff – faglig såvel som skjønnlitterært.

21st Virtual EFORT Congress (VEC)

28. - 30. juni 2020, Wien

The 21st EFORT Annual Congress will [-] be organised as our Virtual EFORT Congress (VEC). In parallel, the 22nd FORT Annual Congress will be hosted in Vienna from 30 June to 02 July 2021.

Se også: https://scientific.efort.org/efort2020

Ortomedic

Charnley stipend som støtte til forskningsarbeid, videre- og etterutdanning, produktutvikling og studiereiser med mer innen hoftekirurgi.

Stipendet er på kr 100.000 og ble opprettet i 1986 av Ortomedic AS.

Vurderingskomiteen består av Kari Indrekvam og Hilde Apold som representanter fra Nof og Thormod Dønås fra Ortomedic AS.

Søknadsfrist 15. september.

Skriv søknaden din på et Word-dokument etter følgende mal:

- Søkerens navn
- Fødselsdato
- Sykehus/institusjon
- Seksjon/avdeling
- Adresse
- Telefon
- E-post adresse
- Prosjektets tittel
- Prosjektbeskrivelse
- Budsjett
- Er annen finansiering søkt?

Word-dokumentet sendes som vedlegg til begge e-mail adresser nedenfor:
thormod.donas@ortomedic.no
og
leder@ortopedi.no

Foto: © rcfotostock/ stock.adobe.com

HØSTMØTET 2020

På grunn av Covid-19 blir årets Høstmøte avholdt som webinar. Har du spørsmål ta kontakt med:

Mail **kristin@ksci.no**

ksci
KS conference & incentive

NOP - annonser og innlegg

Ønsker du å annonsere i NOP og har du spørsmål vedrørende artikler og innlegg, ta kontakt med Ødegaard reklame & design.

Telefon **66 78 32 00** eller mail **bente@odesign.no**

Vi minner om at materiellfrist for NOP nr. 3, Høstmøteutgave, 2020 er 7. september 2020

ØDEGAARD reklame & design as

Inger Schulstads minnestipend for utdannelse innen håndkirurgi

Etter Inger Schulstads ønsker, skal stipendet fortrinnsvis utdeles til en kvinnelig lege med interesse for og under utdannelse i håndkirurgi.

Styret i Norsk forening for håndkirurgi kan tildele et eller flere stipend på inntil kr 10.000 for å besøke håndkirurgiske avdelinger i andre land. Førstegangssøkere vil bli prioritert. Søknaden sendes til styret ved sekretæren og bør inneholde opplysninger om reisemål, fordypningstema, varighet og kostnadsoverslag. Søknadsfrist vil være 1. september.

Tildelingen bekjentgjøres på årsmøtet. Etter reisen må stipendiaten publisere et reisebrev i Norsk ortopedpost eller Tidsskrift for Den Norske Legeforening. Det bør fremgå av brevet at reisen er støttet av stipend fra Inger Schulstads minnefond. Kopi av reisebrev og regnskap for reisen sendes styrets sekretær, hvoretter utbetaling av stipendmidlene kan finne sted. Hvis stipendiaten ikke har oppfylt betingelsene for utbetaling av stipendet innen 1. september det påfølgende år, går stipendet tilbake til minnefondet.

Bidrag til NOP 2020

Du kan vinne en Ipad mini!

Vi har behov for bidrag til NOP!

Bladet blir ikke bedre enn innholdet. Det er en lav terskel for krav til bidrag med stor takhøyde. Kan du skrive noe som er en anelse ortopedirelatert er det eneste ønske. Det kan være alt fra porttrettintervju av en ortoped, kasuistikker, en liten anekdote fra ortopedi-hverdagen, dikt, kursrapporter, havarerte osteosynteser ("noe å lære av"), osv. osv.

Ytterligere trenger vi ortopedirelaterte fotografier Norsk ortopedisk forening kan bruke i sine publikasjoner i NOP og på nett. Amatørfotografer oppfordres til bidrag.

Samtlige frivillige bidrag er med i trekning til å vinne en ipad. Det er skriftlige bidrag som kvalifiserer til trenkning. Generelt kvalifiserer alle skriftlige bidrag utover det årlige bidraget fra hver enkelt av faggruppene, vinnere av stipend som er forpliktet til å skrive innlegg samt midtsideosteosyntesen. Med andre ord er det svært gode vinnersjanser for de som ønsker å skrive et innlegg. Redaktøren i NOP nominerer. Styret trekker en tilfeldig vinner av de nominerte.

Ønsker du en fast spalte er det også mulig.
Ta kontakt med redaktøren.

Bidrag sendes til **jorgenandvig@gmail.com**. Husk samtykke fra pasienter hvis informasjon er personsensitiv. Skjema kan fås av redaktøren (epost adressen ovenfor), eller lastes ned fra nettsiden til NOF.

Reisestipend og beste høstmøteforedrag

Her kommer et flott tilbud fra Norsk Forening for Håndkirurgi. Det understrekes at styret kan tildele dette reisestipendet og prisen for beste høstmøteforedrag. Dette innebærer altså et krav til en viss kvalitet på foredraget og reisens innhold. Benytt anledningen – søk nå – og tenk foredrag til Høstmøtet vårt i Oslo.

Norsk Forening for Håndkirurgis reisestipend

Styret kan tildele et eller flere reisestipend på inntil kr 10.000 til medlemmer for å besøke håndkirurgiske avdelinger i andre land, fortrinnsvis skandinaviske. Deles ut hvert år. Førstegangs-søkere vil bli prioritert.

Søknader sendes til styret ved sekretæren og bør inneholde opplysninger om reisemål, fordypningstema, varighet og kostnadsoverslag.

Søknadsfristen er 1. september.

Tildeling bekjentgjøres på årsmøtet. Etter reisen må stipendiaten publisere et reisebrev i Norsk ortopedpost, Tidsskrift for Den norske lægeforening eller tilsvarende organ. Det bør fremgå at reisen er støttet av stipend fra Norsk Forening for Håndkirurgi. Kopi av reisebrev samt regnskap for reisen sendes til styrets sekretær, hvor etter utbetaling av stipendmidlene kan finne sted. Hvis stipendiaten ikke har oppfylt betingelsene for utbetaling av stipendet innen 1. september det påfølgende år, går stipendbeløpet tilbake til foreningen.

Beste foredrag

Norsk Forening for Skulder- og Albuekirurgis stipend.

Foreningen vil i forbindelse med Ortopedisk Høstmøte dele ut stipend til beste foredrag innen skulder og albuekirurgi.

Stipendet er på kr 10.000.

Alle innsendte abstracts og tilhørende presentasjoner under høstmøtet vurderes, og en bedømmelseskomite tar den endelige avgjørelse.

Beste foredrag

Pris til beste frie foredrag under de vitenskapelige forhandlinger for Norsk Barneortopedisk Forening (NBOF) ved Høstmøte 2019.

NBOF's styre ønsker flere frie foredrag til den barneortopediske delen av Høstmøte 2019. Vi har derfor besluttet å belønne det beste bidrag med kr 5.000.

En upartisk gruppe vil vurdere og velge vinnerforedraget blant alle aksepterte innlegg. Lykke til og god arbeidslyst!

smith&nephew

Smith & Nephew Artroskopistipendium er også i år på kr 40.000.

Statutter for Smith & Nephew Artroskopistipendium

1. Stipendiets navn: Smith & Nephew Artroskopistipendium.
2. Stipendiet er på kr 40.000,- og utdeles en gang årlig i forbindelse med Norsk Artroskopiforenings årsmøte.
3. Stipendiet kan tildeles medlem av Norsk Artroskopiforening etter skriftlig søknad.
4. Stipendiet gis som støtte til igangsatt forskningsarbeid, kliniske studier eller annet relevant arbeid til utvikling av faget.
5. Norsk Artroskopiforening foretar utlysing av stipendiet.
6. Vedtak om tildeling fattes av stipendstyret med to medlemmer oppnevnt av styret i Norsk Artroskopiforening. Medlemmene av stipendstyret oppnevnes for 2 år av gangen.
7. Stipendiatene skal i ettertid gi en skriftlig redegjørelse til stipendstyret for bruken av midlene.
8. Statuttene kan endres etter etter avtale mellom styret i Norsk Artroskopiforening og Smith & Nephew A/S.

Søknad skal innsendes til stipendstyret i word/pdf-format som vedlegg til e-post. randi.margrete.hole@gmail.com

Søknadsfrist 1. januar 2021

Smith & Nephews forskningsstipend til støtte for basalforskning og klinisk forskning innen implantat-kirurgien.

Stipendet er på kr 50.000 og ble opprettet i 1993 av Smith & Nephew A/S.

Nof's representanter i stipendstyret er Tina Wik og Lars Engebretsen.

Søknadsfrist er 30. september.

Benytt standard søknadsskjema, se Nofs nettside.

Søknaden sendes: johan.dahlstrom@smith-nephew.com og leder@ortopedi.no

Norsk Artroskopiforenings LIS-stipend 2020

Norsk Artroskopiforenings Vintermøte 31. januar - 2. februar

Reisestipendet på kr 10.000,- deles ut på Norsk Artroskopiforenings Vintermøte, og skal brukes på følgende ESSKA- eller ISAKOS-kongress.

Påmelding til Vintermøtet gjøres på Norsk Artroskopiforenings hjemmeside; www.artroskopi.no

Arthrex artroskopipris deles ut på Artroskopiforeningens generalforsamling under vintermøtet 2020.

Prisen gis til hovedforfatter av beste artroskopirelaterte publikasjon siste år. Prisen er på kr 30.000,- og deles ut til et medlem av Artroskopiforeningen etter søknad. Søknadsfrist er 1. januar hvert år.

Se artroskopiforeningens nettside www.artroskopi.no for fullstendige statutter.

Søknad sendes som vedlegg til mail: metterenate@hotmail.com

Nof stipend til støtte til forskningsarbeid, videre- og etterutdanning, eller kurs- og kongressdeltakelse.

Stipendet er på kr 50.000 og ble opprettet i 1982.

Vedtekter for Norsk ortopedisk forenings (Nofs) stipend:

1. Norsk ortopedisk forenings stipend gis til et medlem etter søknad.
2. Stipendet gis til medlemmer for økonomisk støtte til forskningsarbeid, videre- og etterutdannelse, eller kurs og kongressdeltakelse.
3. Stipendet er på kr 50.000 og utdeles en gang årlig. Stipendet kan eventuelt deles på flere søkere.
4. Norsk ortopedisk forenings årsmøte velger et stipendstyre på 5 medlemmer. Stipendstyret har en funksjonstid på 4 år.
5. Søknadsfristen er 31. august
6. Søknaden sendes leder@ortopedi.no
7. Mottakeren forplikter å avgi rapport
8. Årsmøtet kan med 2/3 flertall forandre statuttene for stipendet etter forslag fra ett eller flere medlemmer.

Nof stipend for leger under utdanning til støtte til forskningsarbeid eller utdanning.

Stipendet er på kr 50.000.

Vedtekter for Norsk ortopedisk forenings (Nofs) stipend for leger under utdanning:

1. Norsk ortopedisk forenings stipend gis til et medlem under utdanning etter søknad.
2. Stipendet gis til medlemmer for økonomisk støtte til forskningsarbeid eller hospitering ved annet sykehus, i inn eller utland, for fordypning i et spesielt fagområde av minst 3 måneds varighet.
3. Stipendet er på kr 50.000 og utdeles en gang årlig. Stipendet kan eventuelt deles på flere søkere.
4. Norsk ortopedisk forenings årsmøte velger et stipendstyre på 5 medlemmer. Stipendstyret har en funksjonstid på 4 år.
5. Søknadsfristen er 31. august
6. Søknaden sendes leder@ortopedi.no
7. Mottakeren forplikter å avgi rapport
8. Årsmøtet kan med 2/3 flertall forandre statuttene for stipendet etter forslag fra ett eller flere medlemmer.

SKULDERPROTESER

DELTA XTEND
Skulderprotese

GLOBAL UNITE
Skulderprotese

GLOBAL ICON
Stammeløs skulderprotese

DePuy Synthes

Ortomedic

Vollsveien 13E, 1326 Lysaker. - Tlf: 67 51 86 00
ortomedic@ortomedic.no - www.ortomedic.no

NORGE P.P.
posten

Returadresse:
Den Norske Legeforening
Pb 1152 Sentrum
0107 Oslo

smith&nephew

We've set the standard. Again.

Combining COBLATION Technology with FLOW~IQ Technology to ablate tissue faster and more precisely than ever before.

Smith & Nephew AS
Nye Vakåsvei 64 - 1395 Hvalstad
Tel.: 66 84 20 20 - www.smith-nephew.no

° Trademark of Smith & Nephew