NORSK ORTOPEDPOST

nr 3 • oktober 2012 • årgang 17

Årsrapport 2011

s. 25

Falchs seniorpris til Lasse Engesæther

s. 19

Reisebrev fra EPOS Wien

s. 53

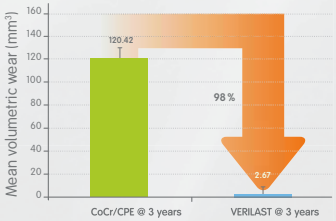
Velkommen til Høstmøtet 2012!

Lasts longer.

VERILAST°
Oxidized Zirconium with XLPE

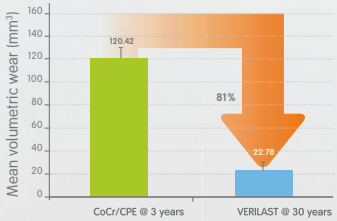
A technology from smith&nephew

After simulating three years of use, the mean volumetric wear of VERILAST couples (2.67 mm³) was approximately 98 % lower than CoCr/CPE couples (120.42 mm³)



Comparison of the mean volumetric wear of the CoCr/CPE and VERILAST couples after simulating three years of use.

After simulating 30 years of use, the mean volumetric wear of VERILAST couples (22.78 mm³) was approximately 81 % lower than the CoCr/CPE couples after simulating three years of use (120.42 mm³)



Comparison of the mean volumetric wear of the CoCr/CPE after simulating three years of use and VERILAST after simulating 30 years of use.

Smith & Nephew AS | Nye Vakåsvei 64 | 1395 Nesbru | Norway
telephone +47 66 84 20 20 | www.smith-nephew.com/no

Proven Performance meets continuous Innovation.

° Trademark of Smith & Nephew

NORSK ORTOPEDISK FORENING 2012

LEDER: *Knut Fjeldsgaard*
Haukeland universitetssjukehus, Bergen
Tlf: 55 97 27 65
knut.fjeldsgaard@gmail.com

NESTLEDER: *Jon Olav Drogset*
St. Olavs Hospital, Trondheim
Tlf: 72 52 66 00
Jon.O.Drogset@ntnu.no

SEKRETÆR: *Torgeir Vestad*
Stavanger universitetssjukehus
Tlf: 05151
torgeir.vestad@gmail.com

WEBREDAKTØR: *Ivar Rossvoll*
St. Olavs Hospital, Trondheim
Tlf: 72 82 64 30
ivar.rossvoll@stolav.no

KASSERER: *Annette K.B. Wikerøy*
Akershus Universitetssykehus
Tlf: 99 71 74 81
awikeroy@gmail.com

REDAKTØR NOP: *Terje Vagstad*
Ålesund sykehus
Tlf: 70 10 58 21
Mob: 47 36 99 44
terjevagstad@gmail.com

LEDER SPESIALITETSKOMITEEN:
Anders Walløe
walloe.anders@gmail.com

LEDER FOR KVALITETS-UTVALGET: *Tobias Franke*
Førde Sjukehus
Tlf: 41 55 61 29
tfra1961@hotmail.com

LEDER LIS-FORENINGEN:
Ante Matti Kalstad
Levanger sykehus
ante.kalstad@gmail.com

PAST PRESIDENT: *Kjetil J. Holen*
St. Olavs Hospital, Trondheim
Tlf: 73 86 74 78
ketil.holen@gmail.com

Deadline nr. 4:
21. november 2012

Retningslinjer for innlegg i Norsk ortopedpost

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

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

2. Krav til tekstdokumentet:
- Word-filer
- Uten linjeskift, tekst skrives løpende inn i manuset
- Nye avsnitt med 2. linjeskift (Dvs 1. blanklinje mellom)
- Aldri versaler (store bokstaver)
- Uthevet tekst markeres i menylinjen med fetere eller større bokstaver
- Save as, vanlig word-dokument eller ren tekst

3. Bilder/illustrasjoner
Digitalt:
- Minimum oppløsning 300 dpi
- Størrelse ca 10x15 cm eller større
- Format JPG, EPS eller TIFF
- Nytt om navn: Bilder farge - 300dpi - 4 x 5cm (bilder med dårligere kvalitet blir ikke publisert)

4. Annonser:
- Format utfallende A5 (bredde 148,5mm x høyde 210mm + 5mm utf.)
- Høyoppløste PDF-filer, der fonter + høyoppløste bilder er innkludert.

Lay-out og grafisk produksjon:
DRD DM, Reklame & Design as
Pilestredet 75 D, 7 etg.
Pb. 7011 Majorstua, 0306 Oslo
www.drd.no

Arcos Modular Femoral Revision System

Revisions involving the femur continue to be one of the most difficult operations faced by surgeons. The design of the Arcos System meets the demands of complex surgery by offering exceptional surgical:

• Flexibility • Accuracy • Efficiency • Simplicity

Biologics • Microfixation • Orthopaedics • Spine • Sports Medicine • Trauma • 3i

biomet.com •

BIOMET®
One Surgeon. One Patient.

©2011 Biomet Orthopedics, Inc. All trademarks herein are the property of Biomet, Inc. or its subsidiaries unless otherwise indicated. Rubik's Cube® used by permission of Seven Towns Ltd. www.rubiks.com. 0045.0 SL | arc1

INNHOLD

7 Redaktørens **HJØRNE** *Terje Vagstad*

11 Negativt fokus på norske sykehus siste måneder
Knut Fjeldsgaard, Leder

FORENINGSNYTT

15 Lille NOFAF blir internasjonal!
Andreas Hahn

16 Behandlingsgrunnlaget for behandlingen av distale radiusfrakturer ferdig – men hvordan komme videre med utarbeiding av faglige retningslinjer?
Hebe D. Kvernmo

19 Falchs seniorpris til bergensk ortopedinestor
Leif Hove

25 Årsrapport
Redaksjonen

RAPPORT

49 Orthomusic
Eivind Witsø

51 Referat fra Arctic Circle Shoulder Conference 2012
Rune Moan

53 Reisebrev fra EPOS Wien
Terje Vagstad

KURS/KONFERANSER/STIPENDER

57 Inger Schulstads minnestipend for utdannelse innen håndkirurgi

Heraeus

COPAL®

Fordi mye avhenger av revisjonen.

Besøk vår stand 41 og 42 på Høstmøtet

COPAL® – produktlinjen for revisjon av protesekirurgi

Alt fra samme sted: Enten det gjelder revisjoner i ett eller to steg så har Copal® sement mange sikre og individuelle bruksområder.

- COPAL® G+C – dobbel beskyttelse og sikkerhet ved ett- og totrinns revisjoner
- COPAL® spacem – spesialsement for produksjon av temporære spacere

Heraeus Medical Nordic AB · Box 437 · 191 24 Sollentuna · Sverige · **www.heraeus-medical.com**

REDAKTØRENS HJØRNE

Terje Vagstad, Redaktør

Høstmøtet rykker nærare og det betyr at eg har vore redaktør i 1 år alt. Tida går fort. Det veit alle dere som har det travelt på mange plan og skal få allting til å gå i hop både på arbeid og privat.

Varsko til Nord-Norge

Redaktørjobben i ortopedposten er utfordrande, mest fordi det har vore ei stadig pine å få inn bidrag som ein tidlegare har vore lova. Den er artig, du kan skrive det du vil, sannsynlegvis utan konsekvensar. Du får kontakt med store delar av ortopednorge og blir kjent med mange og utvidar såleis nettverket ditt på ein god måte. Eg har gått igjennom mange utgåver av ortopedposten årevis bakover og det som dessverre er fakta er at nordnorge er sterkt underrepresentert. Vi gjentek difor oppmodingane frå tidlegare: send inn bidrag, delta, vær aktive, vis at dere eksisterer!

Tid for Haustmøte

Dette nummeret er sterkt prega av det førestående haustmøtet, generalforsamling og diverse rapportar. Vi har i tillegg klart å motivere Eivind Witsø til å resuscitere orthomusic som var eit fast bidrag ei tid tidlegare i ortopedposten. Mange av dere kjenner Eivind, nestor i Trondheim, musikkinteressert og -begava, kjekk mann og ein utruleg dyktig ortoped. Godt å ha han tilbake i bladet. Handkirurgane er og sterkt representert i denne utgåva, konsensus om behandlinga av radiusfracturar verkar like vanskelig å få til som fred i midtausten men dei jobbar godt.

Kveldsjobb

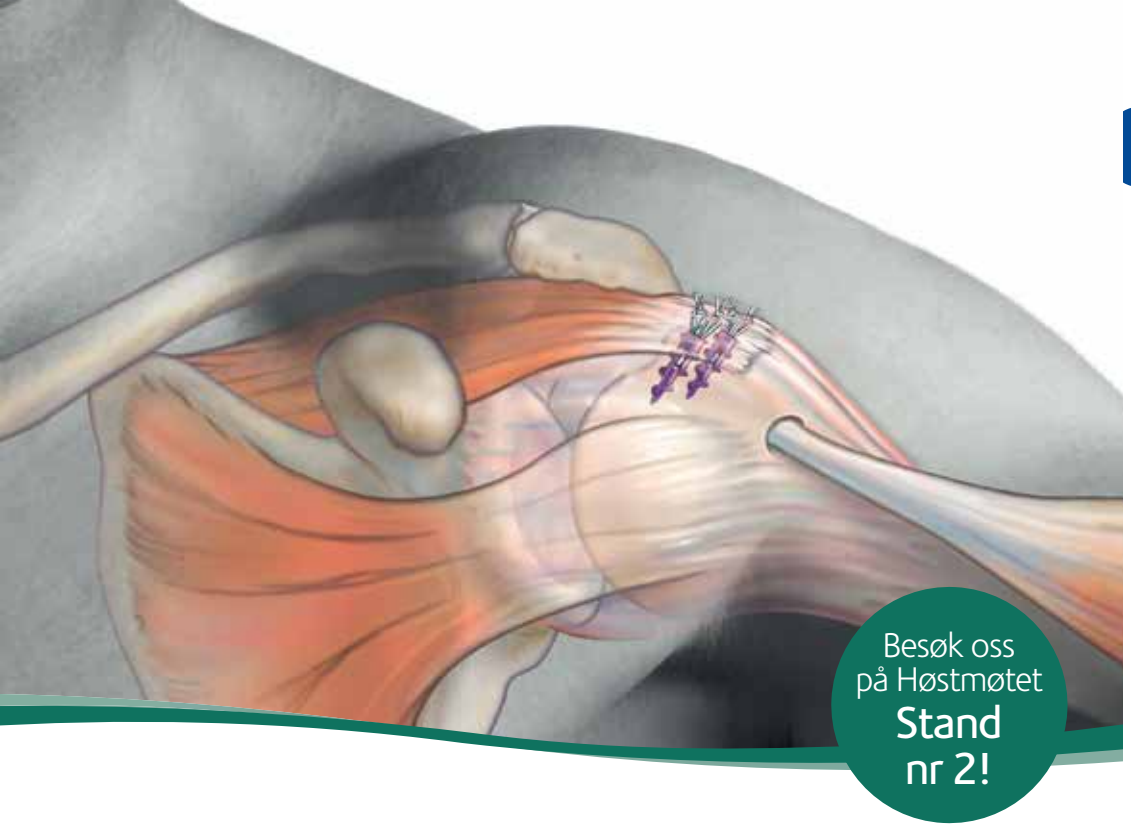
Både Knut og eg er glade i å operere på dagtid og lese /scanne medier i dei seine kveldstimar. Ledaren til Knut har som regel kome i siste liten, som alle andre bidrag. Ofte har eg måtte skrive mitt på nytt sidan vi tydelegvis har lese mykje av det same og da og fokusert på dei same temaene. Så og denne gangen. Knut er interessert, oppdatert, fokusert og bryr seg. Les ledaren hans og kjenn dere igjen i frustrasjonane og irritasjonane han kjenner på men ta aller mest med dere hans genuine interesse for det vi driver med.

Dog er mykje positivt

Kva har vi så omhandla det siste året? Vi har sparka litt i forskjellige retningar, også oss sjølve, men eg håper og vi har vore flinke til å fokusere på det positive. For positive ting finst sjølv om det er lettare å skrive om ting som irriterer. Aldri har det vore behandla fleire pasientar, aldri har nivået vore høgare på det vi gjer og aldri har det vore så lett å få tilgang til informasjon om ulike tilstandar, opplæringsvideoar, webinars etc. Eg vil igjen oppmode dere til å oppsøke vumedi.com , fantastisk informativt og lett tilgjengeleg! Vi har hatt mange reisebrev frå interesserte både unge og eldre kollegaer trass i redusert støtte frå industrien, forskingsaktiviteten er stor i alle fall på universitetssjukehusa men stadig aukande rundt omkring i det ganske land. Det nytter å være innovativ og aktiv, sjå pris til Lasse Engesæter her i dette bladet. Eg håper vi og i framtida kan få vere aktive på kongressfronten og at fleire på alle avdelingar tek del i dette, ikkje berre dei gjentekne få.

Stort ansvar på spesialistkomiteen

I Ålesund har det i mange år kvar fredag vore fellesundervisning for heile sjukehuset, for eit par år sidan vart dette redusert til berre ein gong i månaden, dette trur eg er gjengs for store delar av det offentlege helsevesen, undervisningstida vert redusert trass i at det har vore eit auka fokus på dette i forbindelse med spesialistutdanninga. Spesialistkomiteen har her eit enormt ansvar for å sørge for LIS-legane våre og så lenge avdelingssjefar rundt omkring det ganske land gruar seg til besøk frå komiteen gjer dei nok jobben bra. Undervisninga er viktig og for ferdige spesialistar, den er eit forum for vidareutvikling, diskusjon og ettertanke og kvar enkelt av oss må tilstrebe å gjere denne best mogeleg, slik som med alt anna vi gjer. Lag ein rullerande plan som tek føre seg heile fagfeltet ila ein viss tidsperiode, ikkje bruk undervisningstida til besøk av firmarepresentantar , bruk den til det den er ment til. Og ikkje minst: sørg for at alle kan vere der, planlegg aktiviteten slik at dette går smidig! Mindre sjukehus med få legar kan ▶



Alle Arthrocares produkter innen Sports Medicine og Spine representeres nå i Norge av Medinor AS. Kontakt oss for produkter innen Coblation, ArthroWand, sutursystemer og suturanker.

Kontakt oss for mer informasjon på tlf **24 05 66 20**. E-post **kundeservice@medinor.com**

Alere™

MEDINOR
An Alere Company

Verdiskapende produkter og tjenester innen helse

© 2012 Alere. All rights reserved. The Alere Logo and Alere are trademarks of the Alere group of companies.

tilknytte seg større einingar og nettundervisning, bruk teknologien til noko nyttig!

Walking deads
Sist veke hadde vi fellesundervisning kor temaet var motivasjon, altså korleis motivere ansatte til å gjere ein betre jobb og unngå det førelesaren kalte walking deads, demotiverte legar som kun sit i ei stilling grunna lønna og ikkje har nokon ambisjonar lenger. Hovudbodskapen var at om ein gjev ansatte frihet til fagleg fordjuping, ansvar for læring og la til rette for utvikling ville mykje gå av seg sjølve, dette var viktigare enn lønn sjølv om ei god løn var viktig. Førelesinga gjekk gjennom ulike teoriar og var svært godt gjennomtenkt og gjennomført. Etter undervisinga kom ein kollega til meg og utbraut ” han skildra jo det akkurat slik vi har det på ortopedisk avdeling” og smilte frå øyre til øyre. Dette ein av nestorane på mi avdeling som store delar av livet sitt har jobba med å lage eit slikt miljø. Eg håpar fleire av dere har det slik men veit det er utruleg stor forskjell frå avdeling til avdeling. Dessverre.....

Om pasientbehandling
Knut er i lederen sin innom både Rune Slagstad, Morten Strøksnes og Anders Waage Nilsen, alle har en skarp penn og et kritisk blikk på det offentlege Norge vi tilhører og desse bør dere lese. Eg har lyst til å tilføye et par; Stein A. Evensen, professor emeritus i indremedisin har en kronikk i Aftenposten 11/9-2012 som han har kalt ”Før du legger deg på operasjonsbordet”, denne handler om korleis han som lege og fagperson reflekterte når han skulle vurderes for og i etterkant få sett inn total-proteser i hoftene. Kloke ord verdt å lese. ”Patients are not so patient anymore” men er dette eigentleg hensiktsmessig? For oss som prioriterer henvisninger og operasjoner ser vi ofte at henvisande lege ”shopper rundt” og sender henvisningar til fleire instansar samstundes, mykje tid går bort for å prioritere, vurdere bilder og gi gode råd til dei som skal behandle pasienten vidare og mange av desse pasientane ender opp med å bli vurdert andre stader og arbeidet vi har gjort er eigentleg fånyttes og frustrerande.

Nultoleranse på eigen lidelse
Jonas Bergland, lege og standupkomiker har same dag i Dagbladet ein kronikk han kaller ” Bortskjemt på helse”, ein artig lesnad om nordmenns lave lidelsestoleranse og konflikten mellom skulemedisinen og alternative behandlarar. Dette er eit tema som blussar opp med jamne mellomrom kor frontane framleis står like steilt mot kvarandre, sist no i NRK-programmet ”Folkeopplysningen” kor blide og sjarmerande Andreas Wahl rusler rundt, prater med ulike alternativbehandlarer og plukkar dei heilt i stykker. Det er dessverre dei færraste som er som sjølve ikonet til alternativbehandlarane, Snåsamannen, Joralf Gjerstad. Bergland er flink å balansere biletet , skulemedisinen har og sine feil og langt ifrå alt vi gjer er evidensbasert. Vi er arrogante og trangsynte og eg har lyst til å treffe den som ikkje kjenner minst ein slik lege, vi har nok å jobbe med der. Hans sentrale spørsmål er kvifor lille Norge er blitt eit land kor vi har ekstremt fokus på eiga helse og tilnærma nulltoleranse for eigen lidelse, nærast uansett kva det gjeld forventar vi at dette kan fiksast. Om du har levd på XXL-meals på kva som helst burgerkjede heile livet, aldri trimma eller gjort noko sjølve for å unngå fedme forventer ein likevel at staten ordnar opp, gjer Gastric sleave eller liknande, bukplastikkar i etterkant og brukar enorme summar for å rydde opp etter ein, hos mange, sjølvpåført lidelse. Og – når det gjeld alternativmedisinen: Kvifor finnest det ikkje nokon ” Homeopater og håndpåleggere uten grenser ” på oppdrag i krigherja land i Afrika?

Helbrede, lindre og trøste
Hugs legeeden i Corpus hippocraticum: sjelden kurere, ofte lindre og alltid trøste. Verden er gått videre og i dagens etiske reglar for legar/helsepersonnell skal vi helbrede, lindre og trøste. Nokon kollegaer av oss tar dette til nye høgder, ved alle sjukehus er det no til glede for nokon og frustrasjon for andre, men i alle tilfelle til beste for pasienten innført trygg kirurgi, som dere veit er det ein gjennomgang på slutten kor ein går igjennom det som er gjort og kva som er viktig for pasienten vidare, det finst visst ortopeder iblant oss som ikkje sier ”inngrepet avslutta kl ....” men heller nyttar frasen ” Helbredelsen inntraff kl...” Bra sjølvtilliten framleis eksisterer hos nokon av oss.

Sjåast på Haustmøtet!
Når dere leser dette er det tid for juleønsker, eg ynskjer meg fleire bidrag frå alle, særleg vil eg oppmode alle nord for Trondheim til å bidra, dere har vore representert altfor sjeldan. Det same gjeld miljøa på sør og -sørvestlandet. Kanskje dere kan klare noko til julenummeret? Veke 43 treffast vi på høstmøtet, kom gjerne bort og slå av ein prat, gje ris og ros og kom med forslag til endringar. Bladet er til for oss alle og alle skal få seie sitt. Haustmøteprogrammet blir enormt bra, vi gledar oss!

Modularity without a Morse Taper...

• **Clear Indication** – *"To our knowledge, there is no other modular, cementless, distally fixed implant for which in the face of deficient proximal support of the prosthesis is advocated by the manufacturer."*[1]

• **Fully Proven** – LINK® MP testing data conclusion: *"[...] the structural characteristics of the LINK® MP™ Hip Stem are such that it offers the prospect of in vivo longevity."*[2]

• **Strength** – Location of locking mechanism, not a morse taper design *"[...] strongly suggest a structural benefit of the extreme length of the distal neck sleeve."*[2]

© LINK 664 Aen V6/2012-02

The MP® Reconstruction Prosthesis. Our modular hip revision system compares to morse taper systems having the following benefits:
Safety – The modular connection of the MP® is located much more proximal, where there is less strain on the connection, avoiding potential fatigue fractures associated with mid-stem morse taper connection designs.
Versatility – In-situ correction of post-op dislocations and leg length discrepancies without having to break the cold-weld of a morse taper which is known to have an adverse effect on the tapers ability to prevent disassociation.

Waldemar Link GmbH & Co. KG · www.linkorthopaedics.com · info@linkhh.de · Germany · Distributed in Norway by LINK NORWAY AS · Energivegen 5 · 2069 Jessheim · Phone 22 72 16 80 · firmapost@linknorway.no

[1] Kwong LM, Miller JA, Lubinus P: A Modular Distal Fixation Option for Proximal Bone Loss in Revision Total Hip Arthroplasty. J Arthroplasty Vol. 18 No. 3 Suppl. 1 2003
[2] Postak PD, Greenwald AS: The Influence of Modularity on the Endurance Performance of the LINK® MP™ Hip Stem. Orthopaedic Research Laboratories, Cleveland, OH, 2001
Note: Depicted expansion bolts not cleared for sale in the U.S.A.

LINK®
Regaining Quality of Life.

LEDER

Helse Vest på Twitter 21.08.12.: Skryter av seg selv om godt IT-verktøy (DIPS???) som skal gi bedre helsetjenester i vest. Går man inn på linken som de viser til står det videre at man siden starten av Helse Vest nå går i pluss 455 millioner kroner. Et helseforetak i pluss på nærmere en halv milliard og de skryter videre av at det er nødvendig med gode rapporterings- og analyseverktøy. De sier de kan få fram tall med et par tastetrykk og nærmest følge utviklingen fra dag til dag.

Ja, og det var vel derfor man gikk til innkjøp av DIPS, for å kunne kontrollere og for å få rapporter og analyseverktøy. Jeg svarte på denne Twitter-meldingen og måtte bare si at de som hadde jobbet på Ortopedisk avdeling på Haukeland Universitetssykehus i sommer merket godt at det ble et bra overskudd, for med nedbemanning og senger på gangen, så det til tider ut som et lasarett på avdelingen. Ikke rart det blir overskudd. Helse Vest kan jo spørre våre sykepleiere hvordan de hadde det i sommer. Jo, et overskudd er ikke så vanskelig å få til på et sykehus: skjær ned, driv rovdrift og la pasienter vente på Ø-hjelp. Så kan byråkratene sitte på sine store kontorer og leke flinke folk. Mens de kontrollerer fagfolkene og leverer rapporter i hytt og pine. Og selvfølgelig plusse på at alt er til det beste for pasientene. Så takker vi dere som har drevet med pasientbehandling da - vi må ikke glemme dere – selvfølgelig. Og skål og smil.

Twitter-meldingen fra Helse Vest kom før en rekke meget kompetente personer rundt omkring i landet vårt hadde lest 22. juli kommisjonen sin rapport om det offentlige Norge og begynte sine meget krasse kommentarer mot det offentlige byråkratiet og måten det eser ut på, mistror fagfolk, kontrollerer dem og analysene og rapportene som bare blir flere og flere.

Jeg vil gjerne referere fra tre artikler som er skrevet:

Morten Strøksnes (MS) som er en idehistoriker, journalist, fotograf og forfatter med faste spalteplass i Bergens Tidende og Stavanger Aftenblad.

Anders Waage Nilsen (AWN) som kaller seg grunder og idealist. Har interesse innen en rekke områder, og var med å starte opp Fri Flyt AS og starte Fjellfilmfestivalen.

Rune Slagstad (RS) ble intervjuet i Bergens tidende 02.09. i år. Han er Professor ved Senter for profesjonsstudier ved Høgskolen i Oslo.

Etter å lest deres innlegg og deres oppfatninger av det offentlige Norge er det som å høre et ekko av det som har blitt lagt fram på våre ukentlige legemøter med jevne mellomrom. Faren med for mye klaging er jo at det ikke blir tatt alvorlig, og man gir seg over på sett og vis. Som Hanna Kvannmo sa, så må man prioritere sine klager.

Knut Fjeldsgaard

Men desto viktigere når de samme kritiske kommentarer kommer utenfra, og de kommer fra kompetente oppegående personer, og det er heller ikke enkeltopplevelser eller hendelser slike som kan komme i Dagbladet/VG.

I kjølvannet av 22. juli kommisjonens rapport kommer nå de kritiske kommentarene som fagfolkene har forfektet i ganske mange år nå. Et oppgjør med New Public Managemen (NPM) systemet som har rådet også i Helsevesenet i mange år.

Som RS sier: Offentlig sektor i Norge har vært gjennom en revolusjon. Nå trengs en kontrarevolusjon. RS har vært en skarpskodd kritiker av ideologien bak reformene i offentlig sektor. Kommisjonens konklusjon var: Det som grunnleggende skilte det som gikk godt fra det som gikk dårlig var i hovedsak knyttet til holdninger, kultur og lederskap.

RS sier videre at Helseberedskapen fungerte. Dommerstanden fungerte og. To tradisjonelle faggrupper som har ivaretatt sin rolle på en forbilledlig måte.

Men videre: Dersom de som hadde ledet reformarbeidet i offentlig sektor de siste årene hadde fått det som de ville hadde vi ikke hatt denne beredskapen. Akutt- og Traumeavdelingen på Ullevål Sykehus, som gjorde en så viktig innsats 22. juli og dagene etterpå, skulle fusjoneres bort. På grunn av motstand og argumentasjon fra de medisinske faggruppene var ikke vedtaket gjennomført. Nå står det ikke lenger på dagsorden.

I følge rapporten så sviktet politiet. Hvorfor? RS: Her kan man se følgene av målstyringsideologien som har ridd Norge siden 90-tallet med innføringen av New Public Management teoriene, med styringssystemer inspirert av det private næringslivet som gir byråkratene makt på bekostning av de operative delene av offentlige etater.

Målstyringssystemet slik det praktiseres er gjennomsyret av mistillit til den faglige ekspertisen i organisasjonene. Samtidig må de ansatte holdes under kontroll med endeløse rekker av mål som det stadig må rapporteres om.

RS mener disse reformene har gitt oss en ny ledertype "Doldisbyråkratene". Gjerne assistert av konsulentselskaper som McKinsey. Disse lederne har allergi mot offentlighet og deltar ikke i debatter. De sier ikke ifra. Bedriftslojaliteten fra det private næringslivet er idealet. Innføring av bonusordninger virker i samme retning. Egeninteressen til "Doldis byråkratene" styrer, ikke samfunnets interesser. Slik blir vi en nasjon av byråkratiske utredere.

Kontrarevolusjonen vil ikke komme fra byråkratene sier RS. Men vi må sette vår lit til sivilsamfunnet, vanlige borgere og ikke minst bør de faglige kreftene nå på banen med frimodighet og selvtillit.

Politikerne abdiserer og blir byråkratiske komitepolitikere som fortaper seg i detaljer. Andre blir mediepolitikere. En strategisk handlende politiker ser man ikke.

Jeg tror svært mange av oss som arbeider innen det offentlige helsevesenet kjenner igjen mange av disse tankene og vurderingene av det offentlige Norge. En takk til Rune Slagstad som sier det mange av oss har sagt, men ikke får noe gehør for.

Videre refererer jeg fra AWN sin blogg. Et tungdrevent, pseudomarkedsstyrt offentlig regime får gjennomgå i en kommentar av Morten Strøksnes. Effektene av denne galskapen har vært kjent av pasienter i årevis.

Svaret på at et tradisjonelt byråkrati som ble ineffektivt og lite styrbart var å innføre New Public Management (NPM). Dette har i stedet skapt et system med uløselige målkonflikter, voksende kontrollbyråkrati og paradoksale intensiver.

I 2001 satte 17 frustrerte IT-utviklere seg sammen og beskrev "Det smidige manifest" med følgende overordnete verdier:

Programvare som virker framfor omfattende dokumentasjon.

Samarbeide med kunden framfor kontraktsforhandlinger.

Å reagere på endringer framfor å følge en plan.

Ifølge de som utviklet dette ble det understreket at punktene til høyre har verdi, men punktene til venstre ble verdsatt høyere.

AWN tenker videre og har noen hypotetiske målformuleringer for en tenkt norsk offentlig sektor:

Den høyeste prioritet er å levere offentlige tjenester av verdi og stadig forbedre disse tjenestene.

Endringer implementeres skrittvis og ikke gjennom store omveltninger.

Ledelse og ansatte må arbeide sammen daglig. Virksomhet bygges rundt motiverte personer, basert på selvstyrte og gjerne tverrfaglige team. Gi dem miljøet og støtten. Etabler en tillitskultur. Mest effektivt er å snakke ansikt til ansikt.

Målet er å skape en jevn forutsigbar produktivitet.

Med jevne mellomrom bør team, organisasjon og beslutningstakere i fellesskap reflektere over hvordan virksomheten kan forbedres.

Morten Strøksnes (MS) har en meget krass penn. Etter å ha gjennomgått hva Justisminister Grete Faremo egentlig sa da 22. juli kommisjonens rapport ble lagt fram kom han til følgende etter 3 gangs lesing: Justisministeren snakker New Public Management (NPM), styringsfilosofien som er blitt religion i det offentlige. Ord og uttrykk brukt av Justisministeren: styringsdialog, håndhevelsesbistand, resultatreform, samhandlingsprosedyrer, sektorovergripende utfordringer. Ordene høres imponerende ut, men ingen vet vel egentlig hva de betyr.

Justisministeren sa videre at "Et forsterket fokus på ledelse er nødvendig". Hvorpå MS spør i sin blogg: Hvem er de dårlige lederne fram til nå, og hvem er de nye lederne med sine glitrende lederegenskaper.

MS skriver videre om NPM som er et system der alt fra sykehus, skoler osv osv skal forestille seg at de er private bedrifter i et konkurrerende marked. De bruker stadig mer av tiden sin på tøys. På å fylle ut skjemaer som viser at resultatene er nådd.

Leger og politifolk må forholde seg til en rekke administrative nivå, drive kontorarbeide istedenfor å gjøre det de kan. Sykehusene slutte rå operere ulønnsomme sykdommer.

Alle bruker energi på å se ut som de er lønnsomme ved å flytte penger rundt i det samme systemet. Man internfakturerer hverandre innen eget selskap.

Denne lederen er altså mer et referat fra hva andre mener. Jeg tror det er viktig at andre kan se galskapen som skjer innen det offentlige i Norge. 22. juli kommisjonen påviste denne galskapen, og kan kanskje føre til at dette snur innenfor helsesektoren som vi er en del av. Kanskje kan vi oppleve at DIPS forsvinner for godt fra fagfolk sin hverdag, og at de får et praktisk IT-verktøy tilpasset deres type arbeide.

Kritikken må nå komme fra eierne av norske sykehus. Og eierne er ikke "doldisbyråkrater" og "doldispolitikere", men eierne er befolkningen. Og de må si fra nå, for fagfolkene har ikke muligheter mot hæren av byråkrater. Måtte det skje en nedbemanning av disse folkene. La oss ta tilbake styringen av faget. Takk til fine kronikker og intervjuer fra Anders Waage Nilsen, Rune Slagstad og Morten Strøksnes som sier det svært mange fagfolk har sagt i mange år.

Velkommen til høstmøte!

Knut Fjeldsgaard
Leder i Nof

PS: Jeg forbannet DIPS så mange ganger i dag av mangel på bare en tast hvor jeg kunne raskt diktere et brev til henvisende lege og få avklart problemet. Det endte med å gi time poliklinikk i løpet av 1/2 år.

[1] Lewallen DG, et al. Revision hip arthroplasty with porous tantalum augments and acetabular shells, Scientific Exhibition: 73rd Annual Meeting of the American Academy of Orthopaedic Surgeons; Chicago, Il, 2006
[2] Data on File at Zimmer; Sales 1997 – July 2010
[3] Data on File at Zimmer; Sales 1999 – July 2010
[4] Data on File at Zimmer; Sales 1988 – July 2010
* BIOLOX is a trademark of CeramTec AG

06.02149.012 2012-04 © 2012 Zimmer GmbH

FORENINGSNYTT

Lille NOFAF blir internasjonal!

NOFAF Norsk Fot og Ankel kirurgisk Forening

Andreas Hahn.

Høstmøtet er rundt hjørnet og jeg vil bruke dette som anledning for å informere våre kolleger om at Norsk fot og ankelkirurgisk forening (NOFAF) nå for alvor har tredt ut av skyggen.

Etter en søkeprosess på over 2 år og flere runder med forskjellige møter, samtaler og e-mail utvekslinger har vi nå i 2012 blitt offisiell medlem av EFAS – den europeiske fot og ankelkirurgiske foreningen (European Foot and Ankle Society)!

Det er veldig gledelige nyheter, og vi kan alle sammen være litt stolte over dette fordi det viser at vi som fotforening har blitt voksen. Også i utlandet blir vi nå sett på som en seriøs og engasjert fotforening. Siste utslag for dette ga vårt engasjement under AO Advanced Foot and Ankle Course i Stockholm i november 2011 uttrykk for, der NOFAF viste at de kan bidra med fotkompetanse også internasjonalt.

At vi nå er medlem i EFAS gleder meg personlig mye fordi jeg alltid har vært av den oppfatning at vi bikke bare som fagforening, men også som mennesker og kirurger, kun kan utvikle oss og bli bedre om vi utveksler våre ideer, tanker og kommuniserer med hverandre. Dette medlemskapet i EFAS vil gi oss tilgang til et rikt nettverk av kyndige personer og kontakter. Samtidig innebærer det også en forpliktelse til å holde et vist nivå.

For de kollegaer som eventuelt vurderer å bli medlem i EFAS er det en forutsetning at de er også medlem i NOFAF (kontakt Lars Kjetil Aas: lkaas@mimer.no)

Medlemsavgiften for EFAS (60.- Euro/år) inkluderer tilsending av tidskriftet the „Foot and Ankle International" 4 ganger per år. Dette er en faglig veldig god og flott journal. I tillegg vil medlemmene få rabatter på alle EFAS sine kurs og kongressarrangementer.

Hilsen til alle fotinteresserte!

Andreas Hahn
Avtroppende leder NOFAF

Behandlingsgrunnlaget for behandlingen av distale radiusfrakturer ferdig – men hvordan komme videre med utarbeiding av faglige retningslinjer?

Norsk ortopedisk forening (NOF) vedtok enstemmig på sin generalforsamling oktober 2006 at det var behov for en konsensus om behandling av distale radiusfrakturer. NOF nedsatte en konsensusgruppe som skulle utarbeide anbefalinger for behandling av disse frakturene. Nasjonalt kunnskapssenter har bistått konsensusgruppen i gjennomgangen av kunnskapsgrunnlaget, som nå er klar for utarbeidelsen av behandlingsretningslinjer.

Hebe D. Kvernmo og Yngvar Krukhaug, Konsensgruppen

Distale radiusfrakturer er den vanligst forekommende frakturen i Norge med ca. 15.000 tilfeller årlig.

Mange sykehus tilbyr en differensiert behandling, men til tross for det store volumet har dette bruddet fortsatt en lav status ved en del sykehus. Tilbudet er her mer begrenset, både i seleksjonen av hvilke brudd som opereres og valg av behandlingsmetode. Noen pasienter blir derfor ikke operert, selv om bruddet er ustabilt, glir og tilheler med feilstilling. Dette resulterer i et dårligere behandlingsresultat for noen pasienter enn hva som kunne forventes ut fra dagens behandlingsmuligheter. Disse forhold illustreres i tall fra Norsk Pasientskadeerstatning, som viser at distale radiusfrakturer er en av de hyppigste årsakene til klagesakene.

Praksisvariasjonen har vært forsterket av uenighet om hvilke behandlingsprosedyrer som bør gjelde. Tidligere ble nesten alle disse bruddene behandlet med lukket reposisjon og gipsing. Fra ca. 1980 ble det økt bruk av ekstern fiksasjon og senere har forskjellige plateteknikker kommet på banen. Det er fortsatt uklarhet om hvilke pasienter med radiusfrakturer som skal opereres og hvilke metoder som gir best resultat.

Styret i Norsk ortopedisk forening ønsket å etablere behandlingsretningslinjer for å sikre ensartet og høy kvalitet i behandlingen, og søkte i desember 2005 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten om bistand til gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget for behandling av pasienter med distale radiusfrakturer. Styret fikk mandat fra generalforsamlingen til å nedsette en konsensusgruppe bestående av leger med spesiell interesse for dette (se ramme 1). På bakgrunn av dette utarbeidet konsensusgruppen forskningsspørsmålene 1) hvilke pasientgrupper har nytte av å få operativ behandling istedenfor konservativ behandling? og 2) hvilke typer operativ behandling oppnår best resultat? Konsensusgruppen er ferdig med gjennomgangen av kunnskapsgrunnlaget. De inkluderte studiene er alle systematiske oversikter.

Konsensusgruppen har bestått av følgende leger:

- Hebe D. Kvernmo, leder (Oslo Universitetssykehus)
- Vilhjalmur Finsen (Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet, NTNU og St. Olavs Hospital)
- Leiv M. Hove (Universitetet i Bergen og Helse Bergen - Haukeland Universitetssykehus)
- Torstein Husby (Oslo Universitetssykehus)
- Yngvar Krukhaug (Universitetet i Bergen og Helse Bergen - Haukeland Universitetssykehus)
- Knut Melhuus (Oslo Universitetssykehus)
- Adalsteinn Odinsson (St. Olavs Hospital - Trondheim Universitetssykehus)
- Magne Røkkum (Oslo Universitetssykehus)
- Knut Skoglund (Sykehuset Innlandet HF)
- John Williksen (Oslo Universitetssykehus).

Selv om vi har gått gjennom kunnskapsgrunnlaget, ligger det ligger begrensninger i en kunnskapsbasert praksis for utarbeidelse av behandlingsretningslinjer. En viktig faktor er tiden det tar før en systematisk gjennomgang av randomiserte studier foreligger etter at en ny metode er tatt i bruk. Ofte vil en systematisk gjennomgang ikke i stor nok grad inkludere gjeldende behandlingsmetode(r). Dette ser vi også for behandling av distale radiusfrakturer. Som eksempel nevnes den storstilte bruken av volare vinkelstabile plater gjennom siste tiår.

Vi kan konkludere en del ut fra kunnskapsgjennomgangen, men står vi likevel overfor problemet at vi ikke kan svare på alle spørsmålene våre ut fra systematiske oversikter alene. Kunnskapsgruppen vil derfor gå gjennom foreliggende kunnskapsgrunnlag under symposiet "Evidens for behandling av distale radiusfrakturer" under Ortopedisk høstmøte og ta opp til debatt hvordan vi kan utarbeide kunnskapsbaserte faglige retningslinjer på bakgrunn av forskningsbasert kunnskap, klinisk ekspertise og pasientens preferanser – i tråd med kunnskapsbasert praksis.

Vi håper at flest mulig vil stille opp, slik at vi får en god debatt!

På vegne av konsensusgruppen,
Hebe D. Kvernmo og Yngvar Krukhaug

PROGRAM

Evidens for behandling av distale radiusfrakturer

Møteledere: Hebe D. Kvernmo og Yngvar Krukhaug
Sted: Munchsalen på Radisson Blu Plaza Hotel (Under Høstmøtet 2012)
Tid: Onsdag 23. oktober kl. 1430-1645

14.30-14.40
Kort historikk/epidemiologi/ hva har skjedd på behandlingsfronten
Leiv M. Hove

1440-1450
Den initiale instabilitetsvurderingen – når kan man forutsi at bruddet glir, tross vellykket reposisjon?
Yngvar Krukhaug

1450-1505
Kunnskapsgrunnlaget for behandling av distale radiusfrakturer. Bakgrunnen for konsensusarbeidet og de viktigste funnene.
Hebe D. Kvernmo

1505-1515
Svakhetene som gjorde at vi ikke fikk svar på alle spørsmålene våre.
Torstein Husby

1515-1545
Kaffepause

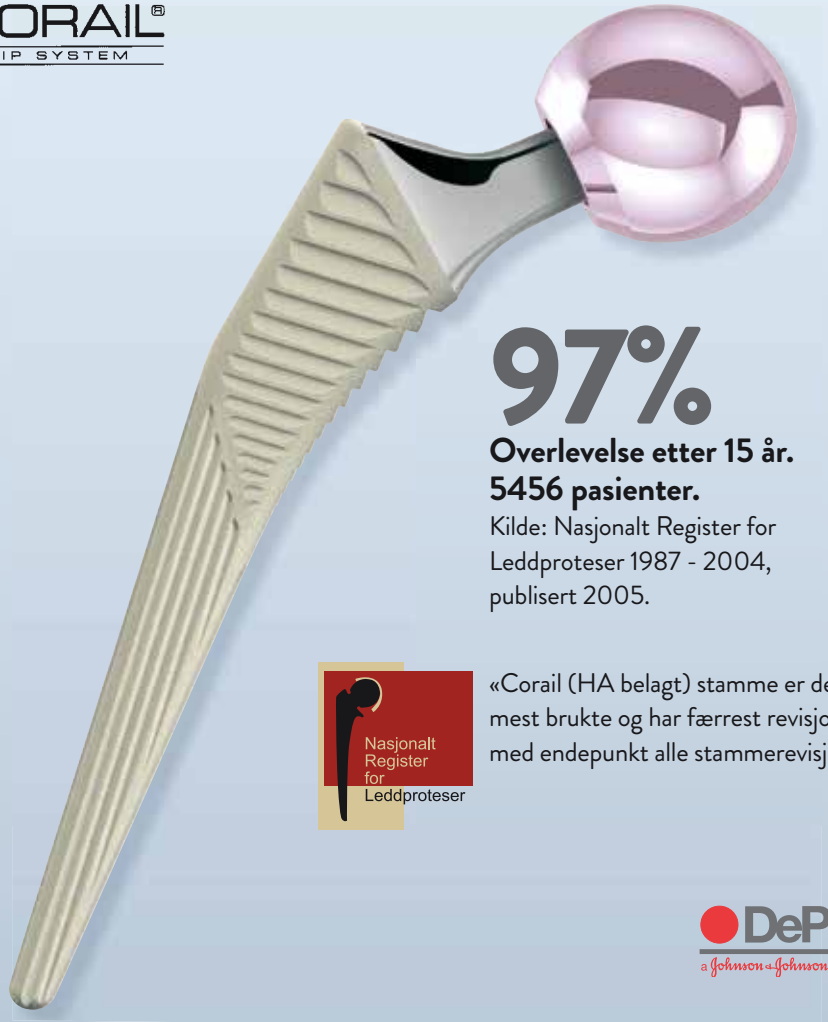
1545-1600
Behandlingsresultat - anatomiske grenser for god funksjon.
John H. Williksen

1600-1620
Hvordan utarbeide kunnskapsbaserte faglige retningslinjer på bakgrunn av forskningsbasert kunnskap, klinisk ekspertise og pasientens preferanser – i tråd med kunnskapsbasert praksis?
Kunnskapssenteret

1620-1645
Veien videre – utarbeidelse av behandlingsretningslinjer, register for distale radiusfrakturer og multicenterstudier?
Debatt

CORAIL®
USEMENTERT HOFTEPROTESE

CORAIL® HIP SYSTEM



97%

Overlevelse etter 15 år.
5456 pasienter.
Kilde: Nasjonalt Register for Leddproteser 1987 - 2004, publisert 2005.

Nasjonalt Register for Leddproteser

«Corail (HA belagt) stamme er den mest brukte og har færrest revisjoner med endepunkt alle stammerevisjoner»

DePuy a Johnson & Johnson company

ORTOMEDIC

Vollsveien 13E, Boks 317, 1326 Lysaker - Tlf 67 51 86 00 / Faks 67 51 85 99
ortomedic@ortomedic.no - www.ortomedic.no

Falchs seniorpris til bergensk ortopedinestor:

Falchs seniorpris gikk dette året til Lasse Engesæter ved Universitetet i Bergen. Denne prisen er den mest anerkjente forskningsprisen UIB har og er en stor ære å motta.

Leif Hove

Lars Birger "Lasse" Engesæters forskning har vært sentrert rundt tre hovedtema: Kirurgisk patofysiologi, barneortopedi, og registerstudier innen protesekirurgi. Han har undervist i kirurgiske fag i nesten 40 år, først ved UiO og siden 1985 ved UiB.

Engesæter har en omfattende vitenskapelig produksjon med rundt 100 publikasjoner i internasjonale tidsskrift. I tillegg har han en liste på nærmere 300 vitenskapelige foredrag.

Han var også den drivende kraft i opprettelsen av Nasjonalt register for leddproteser.

– Jeg tar prisen som en anerkjennelse for det vi har gjort. Jeg sier vi fordi vi er en gruppe som har dannet både leddregisteret og barneortopedien. Dette er en hyggelig oppmuntring for hele miljøet, sier en beæret Engesæter.

Søren Falch og Sigurd Falchs seniorpris er på 250.000 kroner. Prisen ble delt ut av rektor Sigmund Grønmo på Muséplass, fredag formiddag. Fondet som deler ut prisen legger særlig vekt på arbeider som er av stor vitenskapelig eller sosial betydning.

Pasienten i sentrum
I alt tre ganger er Engesæter blitt kåret som beste foreleser av de medisinske studentene. Han har vært veileder for ti kandidater som har fullført sine grader. Han har vært oppnevnt ved det samme antall disputaser og er i dag veileder for tre PhD-kandidater.

Det er likevel pasiententen som står i sentrum for Engesæter.
– Den viktigste jeg har gjort i løpet av karrieren min er leddregisteret og oppbyggingen av ortopedien på Haukeland. Pasientbehandling har alltid vært det viktigste, sier Engesæter.

Men for at pasientbehandlingen skal bli bedre må det harde fakta til. Slike fakta får man kun via vesentlig forskning, ifølge prisvinneren.

God behandling
Engesæter var leder for "Hofteregisteret" i tre perioder, og de facto leder av barneortopedien i 20 år på Vestlandet. Det var Engesæters løft som til slutt førte til at barneortopedien flyttet fra Hagavik til Haukeland i 1992.

Leddregisteret er en samlebetegnelse på fire registre, hvor alle ortopediske behandlinger i Norge blir registrert. Her samles data om hver enkelt pasient, hvilken type inngrep som er utført og hvilken type hofteprotese som er benyttet. I alt 160 000 hofteproteser i registeret.

– Registeret gjør oss i stand til å se at en behandling og protese er bedre enn en annen. Dermed kan vi gi anbefalinger til ortopedene, som alltid følger våre råd, forteller Engesæter.

Barneortopedi omhandler barn med klumpfot, medfødt skjev fot, hoften ut av ledd og brudd og skader hos barn.

– Behandlingen vi gir på Haukeland er god, sier Engesæter.

Miljøskaper
Institutt for kirurgiske fag begrunner valget av Engesæter som kandidat til årets pris blant annet med disse ordene:
"Hans evner som miljøskaper er uovertrufne. Som en av de tre professorene i Norge i barneortopedi, er han alltid en sentral person under de årlige kirurgmøtene. Som den eneste som har vært med siden starten i 1983 i "Hofteregisteret", og som har vært leder i tre perioder, er han også der den store miljøskaperen. Hans sans for struktur og møteledelse (møtene begynner på minuttet og slutter til avtalt tid) har vist seg å være meget effektivt i vår mest produktive og internasjonalt mest kjente forskergruppe innen kirurgiske fag. Hans modell med tungt skolerte statistikere som faste medarbeidere i "Registeret" har blitt eksempler for de øvrige Europeiske og Amerikanske ortopediske registrene som er opprettet de siste årene".

C

Xiapex «Pfizer»

Enzymer mot sykdom i muskel-skjelettsystemet. ATC-nr.: M09A B02

PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 0,9 mg: Hvert sett inneh.: I) Pulver: Kollagenase clostridium histolyticum 0,9 mg, sakkarose, trometamol, saltsyre for pH-justering. II) Oppløsningsvæske: Kalsiumkloriddihydrat, natriumklorid, vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: Behandling av Dupuytrens kontraktur hos voksne pasienter med føl¬bar streng.

Dosering: Administreres intralesjonalt. Skal kun gis av leger som er opplært og har erfaring i diagnostisering og behandling av Dupuytrens sykdom. Anbefalt dose er 0,58 mg pr. injeksjon inn i en følbar Dupuytren-streng. Metakarpofalagealledd (MCP-ledd): Pulveret rekonstitueres i 0,39 ml oppløsningsvæske. Injeksjonsvolum: 0,25 ml. Proksimale interfalangealledd (PIP-ledd): Pulveret rekonstitueres i 0,31 ml oppløsningsvæske. Injeksjonsvolum: 0,20 ml. Pasienten skal kontrolleres av legen neste dag, og ca. 24 timer etter injeksjon kan fingerekstensjonsprosedyre utføres, som nødvendig, for å forenkle ruptur. Injeksjon og fingerekstensjonsprosedyrer kan utføres inntil 3 ganger pr. streng med ca. 4 ukers intervall. Kun én streng må behandles om gangen. Ved multiple kontrakturer behandles hver streng i sekvensiell rekkefølge. Eldre: Ingen dosejustering er nødvendig. Nedsatt lever- eller nyrefunksjon: Ingen dosejustering er nødvendig. Barn (0-18 år): Bruk er ikke relevant.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Allergiske reaksjoner kan forekomme. Ingen alvorlige allergiske reaksjoner er observert, men beredskap for å håndtere ev. alvorlige lokale eller systemiske allergiske reaksjoner, inkl. anafylaksi, må være til stede. Kollagenase clostridium histolyticum løser opp kollagen. Injeksjon i kollagenholdige strukturer i hånden (f.eks. sener, nerver, blodkar) kan gi skade på disse, muligens perma¬nent som seneruptur og ligamentskade, og forsiktighet må utvises. Ved injeksjon i streng som påvirker et PIP-ledd i 5. finger, skal kanylen ikke innføres dypere enn 2-3 mm, og ikke mer enn 4 mm distalt for palmar-digital-folden. Pasienten må anmodes om å kontakte lege straks ved problemer med å bøye fingeren, på tross av at hevelsen er gått ned (symptom på seneruptur). Pasienter med Dupuytrens kontraktur med fester til huden kan ha høyere risiko for hudlesjoner. Forsiktighet må utvises hos pasienter med koagulasjonsforstyrrelser eller som bruker antikoagulantia. Bruk er ikke anbefalt hos pasienter som har fått antikoagulantia inntil 7 dager tidligere (med unntak av opptil 150 mg acetylsalisylsyre daglig). Som ved ethvert legemiddel av ikke-humant protein kan pasienter utvikle antistoffer mot det terapeutiske proteinet. Pga. sekvenslikhet mellom enzymene i kollagenase clostridium histolyticum og humane matriksmetalloproteinaser (MMP), kan anti-legemiddelstoff-antistoff (ADA) teoretisk interferere med humane MMP. Ingen sikkerhetsproblemer relatert til hemming av humane MMP eller bivirkninger som indikerer utvikling eller forverring av autoimmune sykdommer eller utvikling av muskel-skjelettsyndrom (MSS) er observert. Muligheten for utvikling av MMS kan ikke utelukkes. MMS er karakterisert ved ett eller flere av følgende symptomer: Artralgi, myalgi, stivhet i ledd, stivhet i skuldre, håndødem, fibrose i håndflaten, og fortykning eller dannelse av knuter i senene. MMS utvikles progressivt. Langtidssikkerhet og påvirkning av tidligere behandling på etterfølgende kirurgi er ikke klarlagt. Xiapex er praktisk talt natriumfritt (<23 mg pr. dose).

Interaksjoner: Bruk hos pasienter som har fått tetrasyklinantibiotika i løpet av siste 14 dager anbefales ikke.

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Ingen data på bruk hos gravide. Dyrestudier indikerer ingen direkte eller indirekte skadelige effekter mht. fertilitet, graviditet eller embryonal/føtal utvikling. Pasienter utvikler ADA etter gjentatt administrering. Kryssreaksjon av ADA mot endogen MMP involvert ved graviditet og fødsel kan ikke utelukkes. Behandling bør utsettes til etter graviditet. Overgang i morsmelk: Kan brukes ved amming da systemisk eksponering hos ammende er ubetydelig.

Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10): Blod/lymfe: Lymfadenopati. Hud: Kløe, bloduttredelse. Muskel-skjelettsystemet: Smerte i ekstremitet. Øvrige: Reaksjon på injeksjonsstedet (ødem, blødning, smerte, hevelse, ømhet), kontusjon. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Blod/lymfe: Smerte i lymfeknute. Gastrointestinale: Kvalme. Hud: Blodblemme, blemme, utslett, erytem, økt svette. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, hevelse i ledd, myalgi. Nevrologiske: Parestesi, hypoestesi, brennende følelse, svimmelhet, hodepine. Øvrige: Aksillesmerte, hevelse, inflammasjon, reaksjon på injeksjonsstedet (inflammasjon, erytem, kløe, varme, vesikler), hudlaserasjon. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Blod/lymfe: Trombocytopeni. Gastrointestinale: Diaré, oppkast, smerte i øvre abdomen. Hjerte/kar: Hematom, hypotensjon. Hud: Erytematøst utslett, flekkete utslett, eksem, hevelse i ansiktet, smerte i huden, hudavskalling, hudlesjoner, hudsykdom, skorpe, hudmisfarging, stram hud. Immun-systemet: Hypersensitivitet. Infeksiøse: Cellulitt på injeksjonsstedet. Kjønnsorganer/bryst: Ømhet i bryst, brysthypertrofi. Luftveier: Dyspné, hyperventilering. Muskel-skjelettsystemet: Klump i armhulen, smerte i brystveggen, smerte i lysken, knitring eller stivhet i ledd, ubehag i arm eller ben, muskelspasmer, muskelsvakhet, ubehag eller stivhet i muskler/skjelett, nakkesmerte, skuldersmerte. Nevrologiske: Komplekst regionalt smertesyndrom, monoplegi, vasovagal synkope, tremor. Psykiske: Desorientering, agitasjon, insomni, irritasjon, rastløshet. Undersøkelser: Palpabel lymfeknute, økt ASAT/ALAT, økt kroppstemperatur. Øye: Øyelokksødem. Øvrige: Lokal hevelse, feber, smerte, ubehag, tretthet, varmefølelse, influensalignende sykdom, reaksjon på injeksjonsstedet (følelsesløshet, avskalling, misfarging, irritasjon, knute), utilpasshet, seneruptur, ligamentskade, skade i arm eller ben, åpent sår, sårsprik.

Overdosering/Forgiftning: Behandling: Symptomatisk behandling.

Egenskaper: Klassifisering: Enzymer mot sykdom i muskel-skjelettsystemet. Består av 2 kollagenaser (AUX-I og AUX-II) som er representative for de 2 største kollagenaseklassene (klasse I og klasse II) som produseres av Clostridium histolyticum. Virkningsmekanisme: Enzymatisk oppløsning av Dupuytren-strengen ved kollagenhydrolyse. De 2 kollagenaseklassene (AUX-I og AUX-II) har komplementær substratspesifisitet og kløyver interstitielt kollagen effektivt på forskjellige steder i molekylet. Begge gir hurtig hydrolyse av gelatin (denaturert kollagen) og små kollagenpeptider. Klasse I kløyver uløselig trippelheliks-kollagen med høyere affinitet enn klasse II-kollagenase. Klasse II har høyere affinitet for små kollagenfragmenter. Gir samlet bred hydrolytisk aktivitet mot kollagen. Absorpsjon: Etter administrering av enkeltdose er det ikke påvist målbare mengder i plasma fra 5 minutter til 30 dager etter injeksjon. Metabolisme: Kollagenase clostridium histolyticum er ikke substrat for enzymsystemer som metaboliserer legemidler, og ingen aktive metabolitter forventes. Ingen studier er utført. Utskillelse: Ingen systemisk eksponering etter enkeltinjeksjon. Ingen studier er utført.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares ved 2-8°C. Skal ikke fryses. Anvendes umiddelbart etter rekonstituering. Kan oppbevares ved 20-25°C i inntil 1 time eller ved 2-8°C i inntil 4 timer etter rekonstituering. Etter oppbevaring i kjøleskap må re-konstituert oppløsning tempereres i ca. 15 minutter bør bruk.

Andre opplysninger: For detaljert informasjon om prosedyre for rekonstituering, injeksjon og fingerekstensjon, se pakningsedlegget.

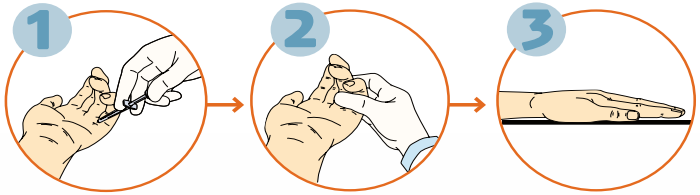
Pakninger og priser: 1 sett (hettegl.) kr 9408,50.

Sist endret: 14.03.2011 Priser av: august 2012

XIAPEX®

kollagenase clostridium histolyticum

Kollagenasebehandling av Dupuytrens kontraktur uten kirurgisk inngrep



xiapex.no

www.xiapex.no

Pfizer

E2012-0260

Innkalling Generalforsamling i Norsk ortopedisk forening (Nof) 2012,

Torsdag 25. oktober 2012 kl. 15.00
Radisson Blu Plaza Hotel, Oslo

Saksliste:

Sak 1. Åpning av Generalforsamlingen
Sak 2. Valg av møtedirigent
Sak 3. Godkjenning av innkalling og dagsorden
Sak 4. Utdeling av Charnley stipend fra OrtoMedic ved deres representant
Utdeling av Smith & Nephew stipend ved deres representant
Sak 5. Årsberetning fra styret
Sak 6. Rapport fra redaktør i Norsk ortopedpost
Sak 7. Rapport fra web-redaktør i Norsk ortopedisk forening
Sak 8. Rapport fra Kvalitetsutvalget
Sak 9. Rapport fra Spesialitetskomiteen
Sak 10. Rapport fra Nasjonalt register for leddproteser
Sak 11. Rapport fra Nasjonalt Korsbåndregister
Sak 12. Rapport fra Nasjonalt Hoftebruddregister
Sak 13. Rapport fra Nasjonalt Barnehofteregister
Sak 14. Rapport fra ACTA Orthopaedica
Sak 15. Rapport fra Bone and Joint Decade-utvalget
Sak 16. Rapport fra UEMS
Sak 17. Rapport fra seniorpolitisk utvalg
Sak 18. Rapport fra faggruppe for ortopedisk traumatologi
Sak 19. Rapport fra Norsk Artroskopiforening
Sak 20. Rapport fra Norsk Barneortopedisk forening
Sak 21. Rapport fra Norsk fot- og ankelkirurgisk forening
Sak 22. Rapport fra Norsk forening for håndkirurgi
Sak 23. Rapport fra Norsk forening for skulder- og albuekirurgi
Sak 24. Rapport fra Norsk forening for hofte- og knekirurgi
Sak 25. Rapport fra Faggruppe for osteoporose og benhelse
Sak 26. Rapport fra Leger i Ortopedisk Spesialisering (LIOS)
Sak 27. Nofs Forskningsutvalg
Sak 28. Saker forelagt av styret: Endring av kontingent
Sak 29. Saker forelagt av foreningens medlemmer: Ingen
Sak 30. Regnskap pr 31.12. 2011
Sak 31. Budsjett forslag 2013
Sak 32. Valg
Sak 33. Forslag til Tema for Nof-symposium 2013
Sak 34. Tid og sted for GF 2013

SYNERGY HD3
ENDOSKOPISK VIDEOSYSTEM

Arthrex Synergy HD3 system
En revolusjon innen endoskopisk visualisering
– 3 i 1 design

- LED lyskilde
- HD kamera – 1080p
- Dokumentasjonsenhet, med et brukergrense-snitt som aldri har vært presentert tidligere

Arthrex

ORTOMEDIC

Vollsveien 13E, Boks 317, 1326 Lysaker - Tlf 67 51 86 00 / Faks 67 51 85 99
ortomedic@ortomedic.no - www.ortomedic.no

Årsrapport

Norsk ortopedisk forening
2011-2012

smith&nephew

Precious For A Long Time

OXINIUM®
Oxidized Zirconium

OXINIUM reduces the risk of fracture, chipping or squeaking. It's also a hypoallergenic solution for metal-sensitive patients. It has proven low wear rates which makes it precious, and this for a long time.

Smith & Nephew AS | Nye Vakåsvei 64 | 1395 Nesbru | Norway | telephone +47 66 84 20 20 | www.smith-nephew.com/no

® Trademark of Smith & Nephew

Årsrapport Norsk ortopedisk forening

Sak 5.

Årsberetning Norsk ortopedisk forening 2011
Knut Fjeldsgaard, Leder

5.1. Oversikt over medlemsskap i Nof. Spesialistgodkjenninger innen ortopedisk kirurgi.
Foreningen fortsetter å vokse. En liten vekst fra året før. Legeforeningens siste oversikt er pr 01.05.2012. Vi er nå totalt 775 medlemmer i Norsk ortopedisk forening. Av disse er 477 godkjente spesialister , 220 ikke spesialister , 34 pensjonister < 75 år og 44 pensjonister > 75 år. Vi har 26 assosierte medlemmer som ikke teller med i denne oversikten.

Vi har 113 kvinner og 662 menn som er medlemmer. Altså en overvekt menn totalt sett.

Aldersgruppe/Kjønn

	Mann	Kvinne
< 30 år :	9	4
30 – 39 år	161	54
40 - 49 år	172	36
50 – 59 år	137	17
60 – 66 år	84	1
67 – 69 år	37	0
70 – 74 år	24	0
>=75 år	38	1
	662	113

Det er svært interessant og gledelig å se hvordan forholdet mellom kjønnene nærmer seg hverandre når man ser på medlemstallet hos de yngste. Og det ser og ut til at det fylles godt opp bakfra.

5-2. Styrets virksomhet i perioden
Ved forrige valg gikk Ketil Holen av som leder og ble erstattet av Knut Fjeldsgaard. Redaktør i Norsk ortopedpost Alexander Seldal gikk ut av styret og ble erstattet av Terje Vagstad.

Jevnlige styremøter har blitt holdt totalt 4 styremøter , to telefonmøter , og jevnlig kontakt pr telefon og E-mail. En del av styrets arbeidsoppgaver ligger opp mot Ortopedisk høstmøte i uke 43 – slik at arbeidspresset er spesielt stort på sekretær Torgeir Vestad og Web-redaktør Ivar Rossvoll som har hovedansvaret for programmet på Høstmøte og for at Høstmøteboken kommer ut.

Styret har ellers over året svært mye kontakt i møte og pr mail med Kristin Solstad i KSCI som står som teknisk arrangør av vårt Høstmøte.

Leder av styret og Kristin Solstad (KSCI) har også i år hatt møter med representant fra Radisson Blu Hotell Plaza for avtaler vedrørende høstmøte i uke 43.

Styret ønsker fortsatt å rette seg mot et internasjonalt samarbeide.

Leder og Past President Ketil Holen var på EFORTs kongress i Berlin og deltok på EFORT sin Generalforsamling.

Ketil Holen er medlem i EFORTs Financial Comitee. Styret mener det er viktig med denne internasjonale kontakten og aktiviteten for å skaffe internasjonale kontakter og få innflytelse i de store ortopediske foreningene.

Leder er i år blitt invitert til den kinesiske ortopediske generalforsamlingen , og også blitt invitert til SICOT sitt møte i Dubai for å være moderator på en sesjon.

Styret deltok på møte og kongress i regi av Nordisk Ortopedisk Forening (NOF) i Tallin i Estland. Her var styremøter for de lokale nasjoner , samt felles styremøte i NOF. Ketil Holen ble valgt til President i NOF. Kongressen var god , en trivelig atmosfære , og svært viktig med denne kontakten med Estland. Estland var et nytt bekjentskap og også en videre utvikling av samarbeidet innen de Nordiske landene.

Leder i LIOS (Leger i Ortopedisk Spesialisering) Ante Matti Kalstad har hatt møterett i Nofs styremøter. LIOS arrangerte eget symposium under høstmøte som fikk et bra oppmøte og vil fortsette å holde egne symposier på høstmøte. Styret i Nof er svært fornøyd med at denne nye undergruppen allerede er oppe og går og ser fram til gruppens videre arbeide.

LIOS finansieres med et årlig tilskudd fra Nof.

I januar hvert år har vi møte med representant for leverandørforeningen (LVH). Vi blir da enig om priser på standleie og hvordan samarbeidet i løpet av året skal være , først og fremst i forholdet til vårt Høstmøte. Dette møte avholdes fast hvert år i januar med representanter fra styret , og Kristin Solstad fra KSCI.

Norsk Kirurgisk Forening inviterte Nof til å delta på deres Jubileumsmiddag i fjor. Under tvil valgte vi å delta på middagen og hadde jevnlige møter med Leder i NKF på forhånd. Denne middagen gikk med underskudd og vi er fortsatt ikke enige med NKF om fordelingen av dette underskuddet. En rekke møter er holdt , etter hvert en positiv tone , og vi vil bli enige i løpet av kort tid om dette. Også enighet om et videre samarbeide med NKF dersom dette blir aktuelt. For framtiden vil Norsk ortopedisk forening arrangere sine egne banketter i anledning Høstmøte.

Leder representerte Nof i Norsk forening for Rheumakirurgi sin nordiske konferanse i Haugesund i april 2012.

Kasserer Annette Wikerøy møtte på Landsstyremøte for Nof.

Ortopedisk Høstmøte 2011
Vi tok i fjor opp igjen vårt tverrfaglige møte på tirsdagen om Diabetesfoten. Et vellykket arrangement. Inn i komiteen må vi etter hvert få inn andre fra andre yrkesgrupper som er med på å arrangere dette, dersom vi skal fortsette å ha en dag med tverrfaglig symposium. Vi fikk underskuddsgaranti for dette fra Den norske Legeforeningen – men da innebærer dette at prisene er satt – med en pris for leger og det dobbelte for ikke –leger. Det har kommet en del reaksjoner på dette, men så lenge vi får underskuddsgaranti fra Legeforeningen er prisene fastsatt. Med tverrfaglig symposium har det også vært vanskelig å nå ut til de andre tverrfaglige gruppene man ønsker å henvende seg til. Men dette bør være lettere når andre yrkesgrupper kommer med i komiteen.

Når det gjelder høstmøte har vi fått aksept fra Legeforeningen at vi får tellende timer for dette, og dermed muligheter for å søke refusjon fra Legeforeningen dersom ikke arbeidsgiver – sykehusene – vil refundere utgifter for å holde legene oppdaterte.

Høstmøtet er blitt foreningen sin viktigste arrangement. Spesielt og etter at de andre møtene i Nof sin regi er lagt ned. Arrangementet er stort og krevende. Siden vi gikk ut og arrangerte våre egne høstmøter har dette ført til at vi kan utdele to stipender til våre medlemmer på fra 50 – 75 000 kroner hver år. I tillegg utbetales et årlig beløp kr 20 000 til de forskjellige faggruppene – forutsatt at de er aktive og arrangerer egne symposier. Fristen for søknad om utbetaling av dette er 31.12. hvert år.

Den vitenskapelige aktiviteten var også i fjor høy. Antall abstracter/frie foredrag ligger jevnt over på ca 140 hvert år. Vi ønsker at det skal være en lav terskel for å legge fram abstract på høstmøte , og at det forhåpentligvis kan være med å øke interessen for forskning og fremlegging av egne arbeider.

Høstmøtet ble som vanlig arrangert i uke 43 på Radisson Blu Hotell Plaza. Oppmøtet var meget bra , og vi startet på tirsdagen med tverrfaglig med emne diabetesfoten. God deltagelse, gode tilbakemeldinger og med underskuddsgaranti fra Legeforeningen var vi fornøyde med dette arrangementet. Dersom dette skal bli et permanent arrangement må det inn personer fra de de andre aktuelle yrkesgruppene i komiteen.

Frie Foredrag lå igjen på rundt 140, og dette virker stabilt for hvert år . Et meget bra antall synes vi. Symposiene og foredragene var av høy kvalitet , med godt oppmøte. Teknisk gikk det stort sett bra for seg med noen små glipp innimellom. Samarbeidet med den tekniske innleide staben, og hotellets egen stab fungerer utmerket. Per Reidar Høiness har nå trukket seg ut av den tekniske delen og vi sier takk til Per Reidar for en utmerket jobb i mange år.

Hotellet ønsker svært gjerne at vi også skal leie mandagen og tirsdagen. Da ville vi fått litt andre og bedre avtaler. Vi har forsøkt å kontakte arrangørene av det store traumearrangementet som holdes på Holmenkollen Hotell disse to dagene for å foreslå å legge det til vårt hotell for å fylle mandagen og tirsdagen. Foreløpig har dette ikke nådd fram slik at de fortsatt arrangerer sitt på Holmenkollen Hotell.

Foreningen vil fortsatt være aktiv når det gjelder å fordele penger ut til medlemmene gjennom Nof-stipendene og utdeling av kr 20 000 til faggruppene.

Utdeling av stipender.
Det ble utdelt to Nof – stipend og best Paper award fra Nof. I tillegg ble det som vanlig utdelt Smith & Nephew sitt forskningsstipend og Charnley stipendet.

Nof stipend utdelt av Ketil Holen til Overlege Eivind Witsø ved St Olavs hospital med kr 50 000.

Nof stipend utdelt av Ketil Holen til Mette Andersen ved Oslo Universitetssykehus med kr 50 000.

Smith & Nephew stipendet utdelt av Johan Dahlstrøm og tildelt Stephan Huhnstock ved Oslo Universitetssykehus med kr 50 000.

Det var ingen søkere på stipendet til Smith & Nephew som skal tildeles basalforskning.

Charnley stipendet utdelt av Thormod Dønnås og tildelt Knut Erik Mjåland Ved Arendal sykehus med kr 100 000.

Best Paper Award ble utdelt til Ida Nergård Sletten for sin studie:
Definisjon av collum metacarpale og collumfracturer.

Felles Traumesymposium på Holmenkollen Hotell
Dette symposiet blir nå arrangert av Norsk Kirurgisk Forening, og de står for hele arrangementet. Det er ønskelig at flest mulig ortopeder deltar på dette seminaret som holder et meget høyt nivå. Nof betaler kr 20 000 som en støtte. Vi vil også i år be om et regnskap for dette seminaret siden vi økonomisk støtter dette.

Høringer
Høringer som er aktuelle for norske ortopeder blir svart – og disse høringene finnes på Legeforeningens «min side». Høringene blir fordelt til de som har spesiell kunnskap om temaet.

FaMe (FagMedisinske forening)
Her møtes alle ledere av spesialforeningene sammen med representant for Legeforeningen. Dette er meget viktige møter hvor aktuelle temaer blir tatt opp og gått grundig gjennom. Dette er et forum hvor man kan påvirke og komme med ytringer og bli hørt. Det er også et forum hvor man kommer veldig nær inn mot Legeforeningen og får et godt kjennskap til hva Legeforeningen jobber med, og hvordan de jobber. I tillegg en viktig plass for å få kontakt med de andre spesialforeningene som ofte sliter med de samme problemene på sykehusene. Det er i mange saker viktig å stå samlet gjennom FaMe.

Leder har møtt til disse møtene jevnlig og har god nytte av dette.

Arbeidsmøter med Legeforeningen
Leder har vært med på «workshop» (arbeidsmøte) med representanter for Legeforeningen, departementene og noen ledere fra spesialforeningen. Hensikten med dette møte var å forsøke å beskrive funksjonaliteten i EPJ og andre IT-systemer for leger i allmennpraksis, privat praksis og sykehusene. Dette var et møte etter initiativ fra Legeforeningen for å få innspill til høringsnotat som Legeforeningen skal levere. Meget nyttig , og meget viktig å være med på. Om det får noen konsekvenser for valg av utformingen av EPJ gjenstår å se. Men honnør til Legeforeningen som tar problemet seriøst.

Nordisk Ortopedisk Forening (NOF)
Styret i NOF består av lederne i medlemslandene. (Norge – Sverige – Danmark – Island – Finland – Estland og Nederland). President i NOF er Past President i Nof , Ketil Holen som ble valgt på Generalforsamlingen i Tallin. Arbeidet i NOF er viktig. Kongressen i Tallin kolliderte med ESSKA – kongressen i Geneve. Da dette er en kongress med stor deltagelse er det viktig at framtidige NOF-kongresser ikke kolliderer med ESSKA og EFORT i tid.

NOF sine Instructional Course er åpent for alle faggruppene å arrangere.

EFORT
Leder og Past President Ketil Holen møtte på Generalforsamlingen og representerte Nof på EFORT sin kongress i Berlin. Ketil Holen sitter i Finanskomiteen i EFORT. Viktig med internasjonal kontakt og ha representanter fra Nof i de internasjonale komiteene. EFORT instructional course er blitt svært populære og godt mottatt der de blir arrangert. EFORT er en årlig kongress og har kommet for å bli en meget sterk organisasjon.

Arrangementet er meget stort – det faglige miljøet er solid og holder et høyt nivå. Man blir godt mottat , det sosiale arrangementet meget bra med omvisning i Berlin sentrum og påfølgende middag i Reichstag.

Neste års EFORT 2013 er lagt til Istanbul.
Litt problematisk at fristen for innsending av abstracter er 23. september 2012.

NKF (Norsk Kirurgisk Forening)
NKF er en paraplyorganisasjon hvor lederne i de kirurgiske spesialforeninger er styremedlemmer og innkalles til styremøter.

Ikke noen spesielle saker dette året av felles interesse. Hverdagen er nok slik at Nof – styret arbeider først og fremst med egen forening – og jeg har en følelse av at Nof i framtiden står godt nok på egne ben.

Leder har kun møtt på et styremøte , og hadde da et eget møte etter dette med NKF sin leder Olaug Villanger og Lars Vasli hvor Jubileumsmiddagen og fordelingen av underskuddet var tema.

5-3. Medlemmer, styrer og utvalg
Æresmedlemmer
Nye æresmedlemmer fikk utdelt sine diplomer under Generalforsamlingen:
Terje Terjesen og Knut Strømsøe. Sistnevnte hadde dessverre ikke anledning til å være tilstede.

Følgende medlemmer døde:

Kirsten Fuhrmann	født 07.05.65 - død 25.11.11
Bjarne Halleraker	født 10.09.30 - død 20.10.11
Ulf Slungaard	født 28.10.24 - død 04.12.11

Styret i Nof valgt ved Generalforsamlingen 27.10.2011:

Leder	Knut Fjeldsgaard Haukeland Universitetssykehus
Nestleder	Jon Olav Drogset St. Olav Hospital
Kasserer	Annette Wikerøy Akershus Universitetssykehus
Sekretær	Torgeir Vestad Stavanger Universitetssykehus
Redaktør Nop	Terje Vagstad Ålesund sykehus
Web- Redaktør	Ivar Rossvoll St. Olav Hospital
Leder i LIOS	Ante M. Kalstad Sykehuset Levanger
Vara medlem	Gunn Hulleberg St. Olav Hospital
Past President	Ketil Holen St. Olav Hospital

ORGANER VALGT AV GENERALFORSAMLINGEN I NOF:
Spesialitetskomiteen :
Anders Walløe, Leder
Medlemmer : se rapport fra Spesialitetskomiteen.

Kvalitetsutvalget
Tobias Franke, Leder

Medlemmer:
Lars Gunnar Johnsen
Rainer Gunter Knobloch
Inger Opheim

Forskningsutvalget (valgt for 4 år)
Gunnar Knutsen (Helse Nord)
Eivind Witsø (Helse Midt)
Kari Indrekvam (Helse Vest)
Hebe Kvermo (Helse Sør-Øst)

Knut Fjeldsgaard Leder i Nof

Revisorer :
Helge Rønningen og Harald Steen

Valgkomite
Eivind Witsø , Ludvig Fjell Solheim Ketil Holen.

Nasjonalt register for Leddproteser
Lars B. Engesæther - Leder Nasjonalt Kompetansesenter for Leddproteser.
Leif I Havelin - Nof – representant Helse Vest
Stephan Röhrl - Nof - representant Helse Sør-Øst
Otto Schnell Husby - Nof-representant Helse Midt – Norge
Svein Svenningsen - Nof-representant helse Sør- Øst
Lars Engebretsen - Leder av styringsgruppen for

Korsbåndregisteret
Ove Furnes - Klinikkoverlege Ortopedisk klinikk HUS
Ola Wiig - Leder av styringsgruppen for barnehofteregisteret
Einar Sudmann - Æresmedlem

Nordic Arthroplasty Register Association
Lars B Engesæther, Ove Furnes og Leif Ivar Havelin

ORGANER VALGT AV STYRET I NOF:
Styremedlem i Norsk Kirurgisk Forening
Leder i Nof Knut Fjeldsgaard

Delegater i EFORT
Leder Knut Fjeldsgaard og Past President Ketil Holen

Representanter i UEMS
Kari Indrekvam

Styrerepresentant i Nordisk Ortopedisk Forening
Leder i Nof Knut Fjeldsgaard

Stipendstyret Charnley stipendet
Kari Indrekvam og Arild Aamot

Stipendstyret, Smith & Nephew
Lars Engebretsen og Ove Furnes

DRG-utvalg
Nedlagt

Nasjonalt Traumeregister
Martinus Bråten

Norsk Ryggregister
Arne Skoglund

Representant Landsstyret
Leder i Nof Knut Fjeldsgaard

Representant FaMe
Leder i Nof Knut Fjeldsgaard

FAGGRUPPER I NORSK ORTOPEDISK FORENING:
Faggruppe for ortopedisk traumatologi
Norsk artroskopiforening
Norsk barneortopedisk forening
Norsk fot- og ankelkirurgisk forening
Norsk forening for håndkirurgi
Norsk forening for skulder- og albuekirurgi
Norsk forening for hofte – og knekirurgi
Faggruppe for osteoporose og benhelse

Sak 6.

RAPPORT FRÅ NORSK ORTOPEDPOST 2011-2012
Terje Vagstad

Trass i nye folk på mange plan har vi og det siste året klart å samle saman nok stoff til dei 4 utgåvene vi har gitt ut sidan sist hausmøte. Det er gledelig at ankel- og fotkirurgane har blitt såpass aktive, LIS-foreninga rapporterer jamnleg og også frå dei fleste andre undergrupper har det kome bidrag. Universitetsmiljøa i Bergen, Trondheim og Oslo har vore klart meir aktive enn resten trass i gjentekne oppfordringar frå både noverande og tidlegare redaktørar til alle andre om at ein bør bidra. Vi har vedteke at alle som får støtte frå ortopedisk forening i ei eller anna form forplikter seg og til å gi jevnlege bidrag til bladet men responsen har det vel vore litt ymse med... Vi har publisert både jubelhistorier og meir frustrerande saker og trur og håper vi har klart å balansere dette rimeleg fornuftig. Nopen blir ikkje betre enn dei bidraga som kjem inn og eg vil igjen oppmode alle dere friske og skriveføre ortopeder der ute til å ta i eit tak.

Vi har hatt eit godt samarbeide med DRD som står for layout og trykking, ang det redaksjonelle og satser på å fortsette dette samarbeidet. I løpet av året har vi kunne kose oss med gode ledarar frå Knut, redaktørens meir eller mindre velmotiverte spark i ulike retningar, og vår eigen... Vi har kunne lese gode innlegg frå aktive kollegaer på reisefot i inn- og utland. Osloprosessen har blitt solid omtalt frå fleire hald og vi har prøvd motivere dere til å bruke debattforaene og alt som finst av medier som gjer det enklare for oss å oppdatere oss og lære der ute i cyberspace. I tillegg har vi jobba aktivt med å gjenopplive tidlegare faste spalter i ortopedposten og det er gledeleg å kunne representere suksessen allereie i dette nummeret med "tilbakekomsten" av orthomusic.

Kva så vidare? Ortopedposten er no mykje tidlegare tilgjengeleg på nett enn før via *www.ortopedi.no*, noko som gjer det lett å finne eldre utgåver. Framover må vi sikre god tilgang på innlegg og dette kjem vi til å jobbe aktivt med både i styret og via underforeningane. Alle dere kan og gjere ein innsats, motiver skriveføre kollegaer, gje meg tips om saker og tema vi skal ta opp, kven eg skal kontakte etc.

Eg avslutter med exredaktør Seldals ord: " Nopen, det er oss det!" Hjelp oss lage det så bra det kan bli og send meg gode eller dårlege historier om store eller små saker frå alle kantar av landet, med vekt på alle!!!

Sak 7.

RAPPORT FRA WEBREDAKTØREN 2011-2012 (www.ortopedi.no)
Ivar Rossvoll

Legeforeningen har i løpet av det siste året skiftet plattform for sine nettsider fra Gloria til EpiServer. Dette har medført et omfattende arbeid med konvertering av tidligere oppslag og dokumenter for å få dette tilgjengelig på den nye plattformen. Hvert enkelt dokument har blitt lastet over for seg da det ikke har vært noen funksjon for en samlet konvertering av alle tidligere dokumenter til den nye siden.. Legeforeningens nettredaksjon har gjort en betydelig del av dette arbeidet. Redigeringen av vår nettsiden foregår nå på en annen måte enn tidligere. Etter en innkjøringsperiode er det åpenbart at den nye plattformen har en rekke fordeler, arbeidet går fortere og er letter. Spesielt gjelder dette bildebehandling og opplasting av dokumenter.

Nettsidens skal gi fortløpende informasjon til medlemmene gjennom publisering av relevante saker og informasjon og å gi den nødvendige informasjon og rettleding i forbindelse med avviklingen av det årlige Høstmøtet. En hovedoppgave er arbeidet med redigering av abstrakter og symposier til Høstmøteboken.

Informasjonsarbeidet i forbindelse med Høstmøtet har fungert greit, informasjon om påmelding, abstrakter og program forsøkes oppdatert forløpende. Dette er nok en av de viktigste funksjonene for nettsiden. Innsending av abstrakter til høstmøte fungerer bra. En vil imidlertid be om at medlemmene leser og følger den relativt enkle instruksjonen angående format og innsending av abstrakter som ligger på *www.ortopedi.no*. Trenden er at stadig flere følger oppskriften, men det er fortsatt en del som ikke har fått med seg dette og spesielt gjelder dette å gi abstraktet riktig navn.

Det har vært en del henvendelser angående kurs og arrangementer med forespørsel om publisering på nettsiden og det har blitt etterkommet. Først og fremst har jeg forsøkt å presentere kurs og møter i regi av Nof, NOF og EFORT, samt lenker til alle større kongresser og organisasjoner.

Noen av faggruppene har ønsket å få egen hjemmeside som de selv kan redigere, med lenke fra *www.ortopedi.no*. Dette er fullt mulig og det er lovet støtte fra nettredaksjonen i legeforeningens for tilrettelegging og opplæring i forbindelse med dette. Faggrupper som ønsker en slik løsning kan ta kontakt med undertegnede.

Sak 8.
RAPPORT FRA KVALITETSUTVALGET FORELIGGER IKKE.

Sak 9.

ÅRSRAPPORT FRA SPESIALITETSKOMITEEN 2012
Anders Walløe

Spesialitetskomiteen i ortopedisk kirurgi ble formelt oppnevnt i 2011 (valgt i 2010). Den består av:
Anders Walløe, leder
Ida Sletten, nestleder (trakk seg våren 2012)
Øystein Lian, ansvarlig for tilsynsbesøkene
Allan Didriksen, ansvarlig for kursene
Navid Beigi, YLF repr. og sekretær
Øystein H. Berg, representant (fra våren 2012)
Ragnhild Støen, vararepresentant (fra våren 2012)
Ellen Margrethe Risberg,vararepresentant, YLF

Godkjente spesialister
Det er de siste 12 måneder godkjent 30 spesialister i ortopedisk kirurgi. Av disse er 23 godkjent etter norske regler og 7 er overført fra Sverige. Kvinneandelen blant spesialister er nå 11%, blant LIS 31% og årets godkjente 15%.

Besøk på utdanningsavdelingene
Komiteen har gjort 2 avdelingsbesøk. Avdelingsbesøkene er en viktig del av komiteens arbeid og bidrar sterkt til å skaffe oversikt over utdanningssituasjonen i landet. Avdelingen på Lillehammer som var i søkelyset for sin utdanning har ved et nytt besøk forbedret seg kraftig og er nå en avdeling andre kan ta lærdom av. Avdelingen i Skien og avdelingen på Ringerike vil bli besøkt igjen i september. Avdelingen i Molde, som er foreslått å miste sin utdanningsstatus, har fått utsettelse med spesiell rapportering til januar 2013.

Vi må poengtere at det må legges mer arbeid i veiledning og individuelle utdanningsplaner. Vi ønsker rapport om hver LIS sine operasjoner siste år og totalt. Egnethet må være med i veiledningsrapporten. Vi har sammen med Legeforeningen endret og forenkle skjemaet for rapporteringen.

Nettbasert undervisning
Denne undervisning pågår nå regelmessig med mange sykehus som deltagere. Vi anbefaler dette som en viktig del av undervisningen. Den kan erstatte inntil 50% av de fastlagte 90 minuttene pr. uke.

Kursene (270 timer hvorav 240 er obligatorisk)
De obligatoriske kursene ble vedtatt endret av Generalforsamlingen i 2011. Forslaget ble raskt oversendt Legeforeningen og skal snart være ferdigbehandlet (september 2012) og skal så til Helsedirektoratet.

Operasjonslistene
Disse var også oppe på Generalforsamlingen i 2011 og har nå blitt godkjent av Legeforeningen. Disse blir oversendt Helsedirektoratet, men vi vet ikke når de nye listene vil bli gjeldende.

Gruppe 1 tjeneste
Denne saken ligger fortsatt i Helsedirektoratet, og det er uklart hva som blir resultatet, men noen form for sentral tjeneste blir det trolig. Her vil innføring av faste legestillinger måtte påvirke resultatet.

Etterutdannelse (CME)
Denne saken har ikke vært diskutert i nåværende periode. Vi har foreslått evaluering over 5 år basert på punkter (CME) hvor overlegepermisjonen skal telle med og gjennomført punktkrav skal gi lønnsøkning.

For spesialitetskomiteen
Anders Walløe
Leder

Sak 10.

RAPPORT FRA NASJONALT REGISTER FOR LEDDPROTESER 2011
Lars B. Engesæter

Nasjonalt Register for Leddproteser

Driften av Nasjonalt Register for Leddproteser i 2011 har gått greit.

Årets Årsrapporten ble i september sendt til alle NOF-medlemmene i form av e-post med link til nettsiden http://nrlweb.ihelse.net/, samtidig ble også de sykehusvise rapportene sendt ut til alle kontaktpersonene ved sykehusene.

Under registersymposium ved høstmøtet i 2011 ble 4 ulike tema diskutert, nemlig 1. Økning i tidlige revisjoner av hofteproteser, 2. Anbud: prosess og konsekvenser, 3. Endringer på registreringsskjema og 4. Elektronisk datafangst og rapportering til NRL .

”International Society of Arthroplasty Registries” (ISAR) hadde sin første internasjonale kongress 20.-22. mai 2012 i Bergen under ledelse av Ove Furnes. Møte var nyttig og vellykket.

Det nordiske hofteprotese-register samarbeidet “Nordic Arthroplasty Register Association” (NARA) fungerer godt og flere artikler er under publisering. Finland sine data er nå inkludert i det felles datasettet inneholder nå over 500 000 primære hofteprotese-operasjoner.

Styret for Nasjonalt Register for Leddproteser
Leder: Lars B. Engesæter
Styreleder: Leif Ivar Havelin (NOF representant: Helse Vest)
Stefan Röhrl, (NOF representant: Helse Sør-Øst)
Otto Schnell Husby (NOF representant: Helse-Midt Norge)
Odd Inge Solem (NOF representant: Helse Nord)
Svein Svenningsen (NOF representant: Helse Sør-Øst)
Ove Furnes (klinikkoverlege Ortopedisk klinikk Helse Bergen)
Lars Engebretsen (leder av styringsgruppen for Korsbåndsregisteret)
Ola Wiig (leder av styringsgruppen for Barnehofteregisteret)

Sak 11.

ÅRSRAPPORT KORSBÅNDREGISTERET 2011.
Lars Engebretsen — *Leder av Styringsgruppen*
Knut Fjeldsgaard

Lars-Petter Granan — *Registersekretär*
Irina Kvinnesland — *IT-Konsulent*

Gir hamstring graft flere revisjoner enn patellarsenegraft?
Resultater fra registeret i 2011 kan tyde på dette. I hvert fall revideres hamstrings dobbelt så hyppig som patellarsenegraft. MEN, som det ble påpekt av mange: dette kan ha mange årsaker: graft styrke, fiksasjonstype, kirurgisk teknikk etc. Data fra det danske registeret tyder på at anteromedial tilgang gir økt antall revisjoner. Med andre ord: det er mye vi enda ikke vet, men alt tyder på at registerdata kan hjelpe oss til bedre resultater!

Korsbåndregisterets ledelse og sekretariat er stolt av å kunne presentere registerets rapport fra 2011. Fra oppstarten 10.jun 2004 har rapporteringene steget jevnt og trutt. Fortsatt tyder innmeldingene på en meget god oppslutning fra våre kolleger. Vi har nå mer enn 12 000 korsbåndsopererte i databasen! Sammen med Sverige og Danmark har vi 50 000 pasienter i databasen.

Antall opererte øker litt nesten hvert år, antall dagkirurgi opererte er økt med 100% fra 2004. Heldigvis ser det ikke ut til at komplikasjonene øker- det rapporteres ved 3% av rekonstruksjonene. Av rapporten kan dere ellers lese mange interessante tall- blant annet at det er svært mange under 20 år som får utført en korsbåndsrekonstruksjon. Mange av dere vet at i idretter som håndball og fotball så er det flere jenter enn gutter som får korsbåndskader og som opereres. Nyere data viser imidlertid at denne forskjellen foreligger fra 16 til 20 år, deretter er det ingen kjønnsforskjeller! Altså må vår forebygging settes inn i ung alder! Fortsatt får hver fjerde pas med korsbåndskade, en ledsagende bruskskade og halvparten får meniskskader. 99% bruker antibiotika profylakse, langt færre trombose profylakse.

Det ser ut til at hamstrings har tatt over for patellarsenen- ca 1409 hamstrings mot 373 patellarsener. I Sverige får godt over 90% hamstringsgraft! Spørsmålet er om dette er bra- fortsatt tyder studier på et patellarsene er bra hos svært aktive pasienter, mens hamstrings blir litt løsere hos kvinner og svært aktive idrettsutøvere. Double bundle har ikke fått gjennomslag i Norge, nyere kliniske data raporterer svært forskjellige resultater- i Norge bør nok denne operasjonsmetoden brukes som ledd i studier.

PCL kirurgi øker, det kan jo være fordi kirurgien er blitt bedre, eller fordi pasientene har mye plager slik Årøen og medarbeidere nylig har publisert: An isolated rupture of the posterior cruciate ligament results in reduced preoperative knee function in comparison with an anterior cruciate ligament injury. Arøen A, Sivertsen EA, Owesen C, Engebretsen L, Granan LP. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2012 Jul 17

I 2011 er det komme noen endringer på skjemaet som det vil bli redegjort for på Höstmötet. Vi har nå med opplysninger om sannsynlig revisjonsårsak, bruk an NSAIDs og noen nye fiksasjoner samt at vi har tatt in double bundle operasjoner.

Fra juni 2006 starter utsendelse av KOOS skjema til pasienter som er fulgt i to år. De foreløpige dataene viser at pasienter med korsbåndskirurgi har god bedring i livskvalitet og aktivitetsnivå. Fortsatt er vi ikke fornøyd med compliance her- den ligger på vel 65% ved to års oppfølgingen.

Vi er glade for å se en økende bruk av registeret. Mange prosjekter er presentert siden oppstarten og Lars Petter Granan leverte inn sin avhandling om registeret i juni 2009. I 2011 er det kommet flere nye artikler fra samarbeidet med Kayser Permanente registeret i USA i Journal of Bone and Joint Surgery og i American Journal of Sports Medcine. Flere andre artikler er inne i Am J Sports Medicine og i Acta.

Vi arbeider også med et samarbeidsprosjekt med MOON-gruppen som er et korsbåndregister ved 5 store amerikanske universitetsklinikker og med Kayser Permanente i California USA som har en base fra ca 11 millioner potensiell pasienter.. Fra begge steder er det kommet artikler som viser at forholdene er ganske like mellom USA og Skandinavia. (Comparison of community-based ACL reconstruction registries in the U.S. and Norway.Maletis GB, Granan LP, Inacio MC, Funahashi TT, Engebretsen L.

J Bone Joint Surg Am. 2011 Dec 21;93 Suppl 3:31-6 og Patient and surgeon characteristics associated with primary anterior cruciate ligament reconstruction graft selection. Inacio MC, Paxton EW, Maletis GB, Csintalan RP, Granan LP, Fithian DC, Funahashi TT. Am J Sports Med. 2012 Feb;40(2):339-45).

Sommeren 2011 kjørte vi en ny compliance studie for å se om oppslutningen fortsatt er like god. Tallene våre tyder på en liten nedgang, men på Høstmøtet og pä Artroskopiforeningens möte får dere en nøyaktig oppdatering. Arbeidet gjöres av stud. med Karianne Ytterstad og er publisert i Tidsskriftet (Tidsskr Nor Laegeforen. 2011 Feb 4;131(3):248-50) og er nylig publisert i Acta: Registration rate in the Norwegian Cruciate Ligament Register: large-volume hospitals perform better. Ytterstad K, Granan LP, Ytterstad B, Steindal K, Fjeldsgaard KA, Furnes O, Engebretsen L. Acta Orthop. 2012 Apr;83(2):174-8.

Av nye arbeider så har Røtterud og medarbeidere vunnet prisen for den beste artikkelen i Am J Sports Med i 2011 med et arbeid der registerdata viser at pas med bruskskade grad III og IV har dårligere resultater etter 2 år sammenlignet med pas uten bruskskade og pas med grad I og II bruskskader.

Styringsgruppen for korsbåndsregisteret vil fortsatt oppfordre dere til å bruke registeret til studier. Send en forespørsel med en protokoll til leder av Styringsgruppen lars.engebretsen@medisin.uio.no. Forespørselen vil bli behandlet av Styringsgruppen raskt. Vi ønsker at registeret skal brukes av sykehus i hele landet, ikke bare av universitetsmiljøene. Styringsgruppen har dr med Lars Petter Granan som sekretär og han er fra senhösten 2010 ansatt i en 20% stilling ved Senter for Idrettskadeforskning for ä arbeide vidre med registeret. Vi jobber fortsatt med et system for å inkludere ikke-opererte korsbändspasienter.

Vi tror fortsatt at kun "andre prosedyrer " er underraportert – og at dette er et område vi må jobbe med å forbedre.

Når det gjelder testing av elektronisk innsending av skjemaet ved sykehusene i Bergen har dette vist seg så komplisert at det foreløpig er lagt litt på vent. Problemene er først og fremst fra Datatilsynet som krever såpass med kompliserte prosedyrer for å kunne få lov å sende pasientopplysninger elektronisk Papirskjemaene som sendes inn fungerer , og av frykt for at antall skjemaer som blir sendt inn vil synke dersom man går over til elektronisk innsending har vi lagt dette på is. Ved enklere prosedyrer for dette er skjemaene ferdiglaget og klar for bruk.

Vi håper at alle nå har tatt i bruk det nye skjemaet.

Vi vil fortsatt oppfordre alle til å bruke registerdataene ved å henvende seg til registerkontoret i Bergen.

På vegne av registeret ønsker jeg å takke staben ved kontoret i Bergen for jobben som gjøres med skjemaene hver eneste da. Samarbeidet med de øvrige registrene går utmerket. Som tidligere har Senter for Idrettskadeforskning bidratt med midler, ideer og metodehjelp En gledelig nyhet ifjor var at registeret fra og med 2010 er kommet med blant de registre som mottar offentlig støtte via Nasjonalt leddregister. Dermed er driften sikret i mange är framover.

Sak 12.

HOFTEBRUDDREGISTERET
Lars B. Engesæter

Nesten 90 % av de dislokerte lårhalsbruddene opereres nå med hemiproteser, mens andelen var ca 50 % i 2005. I hoftebruddregisteret har vi påvist en doblet risiko for reoperasjon ved bruk av usementerte hemiproteser sammenlignet med sementerte (Gjertsen, JBJS Br 2012). Årsrapporten viser at andelen usementerte hemiproteser har økt kraftig de senere årene, men det er store geografiske forskjeller på fiksasjonsmetode, kanskje som et resultat av anbudsprosessene.

For hele perioden 2005 til 2011 er over 54.000 primære hoftebruddoperasjoner registrert. Dette store antallet operasjoner gir store muligheter for forskning, særlig fordi vi også har pasientrapportert livskvalitet og smerte 4, 12 og 36 måneder postoperativt. Dette gjør hoftebruddregisterets database unik i verdenssammenheng! Datamaterialet i hoftebruddregisteret er kirurgenes felleseie og vi oppfordrer alle som er interessert i forskningsprosjekt om å ta kontakt med oss på registeret. Vi er gjerne behjelpelig med planlegging av nye studier.

Vitenskapelig sett har siste 2011 vært godt. Flere foredrag basert på data i registeret er holdt, både nasjonalt og internasjonalt og flere arbeider er innsendt for publisering. I løpet av våren 2012 ble det etablert en felles analysefil for alle primære hemiprotese-operasjoner fra det norske hoftebruddregisteret og Svenska Höftprotesregistret. Denne analysefilen, som inngår som en del av NARA-samarbeidet mellom våre nordiske land, inneholder så langt data fra nesten 37 000 primæroperasjoner.

Mange takk for god rapportering og godt samarbeid!

Sak 13.

RAPPORT FRA NASJONALT BARNEHOFTEREGISTER 2011
Ola Wiig, leder barnehofteregisteret

Barnehofteregisteret har vært i full drift siden 1. Januar 2010 og erfaringene hittil har vært gode. Imidlertid er det i 2011 en noe lavere innsidens for de tre barnehoftelidelsene, særlig for CLP. Sannsynligvis dreier dette seg om noe sviktende compliance. Tiltak er satt i verk for å bedre denne. Det har vært behov for enkelte endringer på skjemaene etter tilbakemelding fra kontaktpersonene, og det er gjennomført en stor revisjon av skjemaet slik at dette nå forhåpentlig er bedre og mer logisk i sitt oppsett. Det enkelte sykehus har fått tilbakemelding antall registrerte pasienter. Det planlegges en complianceстudie for å validere tallene som fremkommer i registeret.

Det er i den senere tid blitt et stort fokus på hoftelidelser hos ungdommer og unge voksne. "Impingement" i hoften (CAM/pincer impingement) enten idiopatisk eller som følge et sekvele av en av barnehoftelidelsene er vinden som aldri før. Et økende antall operative inngrep, både åpne og artroskopiske, utføres på unge mennesker med disse tilstandene. Det er imidlertid er stort behov for å dokumentere en eventuell effekt av disse prosedyrene. Barnehofteregisteret egner seg meget godt til dette og skjemaet er nå revidert slik at også disse prosedyrene og diagnosene skal registreres. Nytt samtykkeskjema er klart, og siste godkjenning fra datatilsynet er ventet høsten 2012. Forhåpentlig vil vi kunne starte registreringen og bruk av nytt skjema 010113.

Det digitale røntgenregisteret som er opprettet samkjøres nå med databasen, slik at både bilder og pasientopplysninger blir tilgjengelig på samme grensesnitt. Dette vil lette arbeidet med målinger og tolking av data målinger.

Ola Wiig
Leder, barnehofteregisteret

Sak 14.

ÅRSRAPPORT 2012 FRA ACTA ORTHOPAEDICA
Lars B. Engesæter

741 manuskript ble innsendt til Acta Orthopaedica i 2011, en liten oppgang fra i 2011 hvor det var 685 manus. 60% var kliniske, 20% «case reports» og 15% eksperimentelle, nokså uforandret fra de siste årene. 20% av de innsendte manuskriptene ble akseptert (nokså uforandret fra 2004). Av de 125 artiklene som ble publisert i 2011, var 29 fra Sverige, 19 fra Norge, 16 fra Danmark, 14 fra Nederland, 7 fra Finland og 1 fra Island.

Gjennomsnittlig tid fra innsending av et manuskript til aksept var 2 (1-4) måneder i 2010, og fra aksept til publikasjon 6 måneder. Det tok kun 2-3 uker fra forfatterne aksepterte "proofen" til manus forelå på internett ("Epub ahead of print").

Økonomisk går Acta fortsatt med et lite overskudd. Alle Acta-artikler publisert siden starten i 1930 er fritt tilgjengelig på www.actaorthop.org.

Eivind Witsø har nå overtatt som co-editor etter at Lars Nordsletten. Lars Engesæter har nå sittet i som «board» member i 6 år og fra 2013 vil Jan Erik Madsen rykker opp fra plassen som «deputies».

Mange takk til våre referee for en god og viktig jobb for Acta.

Sak 15.

RAPPORT FRA BONE AND JOINT DECADE – UTVALGET FORELIGGER IKKE.

Sak 16.

RAPPORT FRA UEMS – "SECTION OF ORTHOPAE-

DICS AND TRAUMATOLOGY" / "EUROPEAN BOARD OF ORTHOPAEDICS AND TRAUMATOLOGY"
Kari Indrekvam

UEMS-Seksjon for ortopedi og traumatologi har delegater fra 23 av EUs medlemsland (Sveits og Norge inkludert), og i tillegg er det delegater fra 3 observatørland. FORTE (Federation Of Orthopaedic Trainees in Europe) har fra 2010 også en representant som deltar på møtene.

Mr. John Albert fra England er presiden for seksjonen, men ny president skal nå velges. Seksjonen har to møter per år.

De viktigste sakene finnes på seksjonens webside: www.uems-ortho.org. Der er det også er link websiden for sentrale UEMS: www.uems.net.

Viktigste saker summarisk:
Utdanning og etterdanning av spesialister. Det er laget "Minimal requirements for Orthopaedic Training" som nå planlegges revidert. Målet er også å bruke det internasjonale samarbeidet til å lage et europeisk curriculum og å finne en effektiv måte å evaluere legene i spesialisering innen ortopedisk kirurgi. Det diskuteres om dette skal bygges på ett lands curriculum eller ta det beste fra alle som har. Med fri flyt av leger over landegrensene i Europa er det viktig at man bygger opp felles gode system for kompetansebasert utdanning og spesialisering. Seksjonen har på EFORT-kongressene bidratt med et symposium om utdanning.

Internasjonal akkreditering av kurs utføres etter et felles regelverk på tvers av fagområdene. UEMS-seksjon for ortopedi og traumatologi har utnevnt en representant til sentrale UEMS som tar hånd om kurs innen ortopedi og trauma. Reglementet samt søknadsskjema for internasjonal akkreditering er lagt ut på hjemmesiden. Det er et elektronisk søknadsskjema som kan spores gjennom prosessen. Antall kurs hvor det søkes internasjonal akkreditering er stadig stigende.

EBOT-eksamen. Eksamen ble arrangert for 11. gang i Paris oktober 2011. Av 109 kandidater var det 61 % som bestod. Eksamen har en skriftlig og en muntlig del. Skriftlig del (MCQ) utføres nå online, mens muntlig del (5 kasus) er på felles sted som skifter. Hittil har eksamen kun vært på engelsk, men fra 2013 vil skriftlig eksamen også kunne tas på fransk. Bestått eksamen gjør at man kan kalle seg: "Fellow of the European Board of Orthopaedic Surgery and Traumatology". Det er nå bestemt at eksamen kun er åpen for kandidater innenfor EU og kandidater fra utenfor EU med jobb innenfor EU. Mer informasjon kan finnes på www.ebotexam.org.

Eksamen er en måte å prøve å heve standarden på utdanningen til et felles høyt europeisk nivå. Det arrangeres nå forberedende kurs til eksamen som blir holdt i forbindelse med EFORT-kongressene.

Eksamenskomiteen i ortopedisk kirurgi (EBOT) planlegger nå også å avholde en årlig interimeksamen for spesialistkandidatene.

Man har også ønske om at eksamen skal inneholde en klinisk del med pasientundersøkelse. Som en pilot anbefales nå hvert land å arrangere en klinisk spesialisteksamen med pasienter – denne eksamen kan holdes på eget språk under supervisjon av EBOT.

Seksjonen er medlem av CESME (Counsil for specialist examinations) sammen med 15 andre fagfelt som arrangerer spesialisteksamen.

Det er opprettet flere tverrfaglige arbeidsgrupper innen UEMS som "Emergency Medicine", "Sports Medicine", "Hand Surgery", "Manual medicine" og "Spine surgery". Delegater fra seksjonen deltar i de nevnte arbeidsgruppene.

Nyttige web-adresser: www.uems.net, www.uems.be, www.europa.eu.

Sak 17.

RAPPORT FRA SENIORPOLITISK UTVALG
Ketil J Holen

Etter det avvisende brevet fra Helsedepartementet i fjor, har det vært vanskelig å finne et nytt angrepspunkt for arbeidet i Seniorpolitisk utvalg. Det har derfor ikke vært noen spesiell aktivitet i utvalget i innværende periode. Nof bør likevel opprettholde dette utvalget, særlig fordi dette arbeidet virker å være underprioritert sentralt i Dnlf.

Sak 18.

RAPPORT FRA FAGGRUPPE FOR ORTOPEDISK TRAUMATOLOGI 2012
Olav Røise

1. Gruppens mandat
- høringsinstans for ortopedsk traumatologi
- vurdere arbeidsfordeling mellom sykehus
- vurdere innføring av krav/standarder til sykehus som får tildelt spesielle funksjoner
- jobbe fram nasjonale retningslinjer for behandling
- etablere nasjonale behandlingsprotokoller

2. Medlemmer
Martinus Bråthen, St. Olavs Hospital
Bjørn Bragnes, Vestre Viken HF (sekretær)
Olav Røise, Oslo universitetssykehus (leder)

3. Møtevirksomhet
Gruppen har kommunisert via mail.

4. Høringsuttalelser
Ingen oppdrag.

5. Saker/møter gruppen har behandlet/arrangert/jobber med
a. Arrangerte åpningssymposium på høstmøtet 2011; Updated knowledge on fracture healing.
b. Planlegging av årets traumesymposium.

Sak 19.

RAPPORT FRA NORSK ARTROSKOPIFORENING 2012
Odd Arve Lien

Leder: Odd Arve Lien
Sekretær: Grete Sofie Hortemo
Nestleder: Randi Margrete Hole
Kasserer: Inge Skråmm
Styremedlem: Sigbjørn Dimmen

Norsk Artroskopiforening har i overkant av 100 betalende medlemmer. Foreningens hovedarrangement er Vintermøtet. Dette ble i år for andre gang arrangert på GudbrandsGard Hotell Kvitfjell 3.-5. februar 2012 med et godt faglig program og over 50 deltakere. Sosialt og skimessig var arrangementet også svært vellykket.

Under årets generalforsamling ble foreningens første æresmedlemmer valgt. Anders Mølster, Gisle Uppheim og Arne Ekeland fikk denne utmerkelsen for langvarig og forbilledlig innsats for norsk artroskopisk virksomhet.

I 2012 har Norsk Artroskopiforening blitt godkjent som " ESSKA affiliated society". ESSKA Affiliated Societies er nyopprettet, og består av artroskopiforeninger fra mange land i Europa. Hensikten er at man skal styrke samarbeidet mellom foreningene. ESSKA vil få en sentral rolle i koordineringen av samarbeidet mellom de nasjonale foreningene.

Artroskopiforeningen deltar med et eget symposium også under Høstmøtet 2012 med tema "Hyperlaksitet i skulderen". Artroskopiforeningens stipend skal tildeles beste artroskopirelevante foredrag under høstmøtet. Stipendvinner for høstmøtet 2011 ble Sigurd Liavaag.

For ytterligere informasjon om foreningen og program for vintermøtet 2013, besøk vår hjemmeside: *www.artroskopi.no*.

Sak 20.

RAPPORT FRA NORSK BARNEORTOPEDISK FORENING (NBF) 2011

I år har arbeidet i foreningen vært konsentrert rundt drift og utvidelse av barnehofteregisteret. Skjemaene er revidert og går alt etter planen vil vi starte med registrering av åpne og skopiske hofteoperasjoner hos unge/unge voksne.

Arbeidet med en lærebok i barneortopedi er i sin sluttfase og redaksjonen reviderer innkomne bidrag. Symposiet i 2011 var frakturer i underekstremitetene hos som var godt besøkt og interessant. Årets symposium omhandler epifyseolysis capitis femoris.

Sak 21.

ÅRSRAPPORT NORSK FOT- OG ANKELKIRURGISK FORENING 2012
Lars Kjetil Aas

Foreningen har 51 registrerte medlemmer pr. 01.09.12.

Styret siste år har bestått av:
- Jákup Midjord – Formann
- Ari Bertz – Sekretær
- Lars Kjetil Aas – Kasserer

Foreningen arrangerte symposium på Høstmøtet 2011 med tema Hallux Valgus. Dette var meget godt besøkt. Foreningen bidro også til det tverrfaglige symposiet på tirsdagen i høstmøteuka om diabetesfot der Kjetil Hvaal var ansvarlig.

Det ble arrangert vårmøte på Lillestrøm 11.05.12, heldagsseminar om Achillesseneskader, der vi hadde litt over 30 deltakere. Inviterte forelesere var Umile Guiseppe Longo fra Università Campus Bio-Medico i Roma og Håkan Alfredson fra Umeå. I tillegg var det foredrag fra foreningens egne medlemmer.

Ellers har foreningen bidratt til flere av de obligatoriske kursene for utdanningskandidater, spesielt Tønsbergkurset om fotkirurgi i september.
Det siste året har foreningen blitt tatt opp i EFAS, The European Foot & Ankle Society.

Sak 22.

ÅRSMELDINGEN FOR NORSK FORENING FOR HÅNDKIRURGI 2011-2012
Hebe Kvermo

Styret har for 2011-2012 bestått av:

1. Hebe Kvernmo (leder)
2. Yngvar Krukhaug (nestleder)
3. Jan-Ragnar Haugstvedt, (sekretær/kasserer)
4. Ole Fosse (styremedlem)

Foreningen har 69 medlemmer, hvorav 10 kvinner. Nitten av medlemmene er eldre enn 67 år, og 8 er ikke-spesialister. Foreningen har hatt følgende aktivitet:

Høstmøtesymposiet 2011
Høstmøtesymposiet 2011 ble arrangert av Trondheimsmiljøet. Kurskomiteen besto av Harald Russwurm, Line Lied, Bill Finsen og Eivind Witsø. Temaet var infeksjoner i hånden. Invitert foreleser var Konstantinos Malizos fra Hellas, som viste sin store erfaring innen feltet.

Høstmøtesymposiet 2012
Det var i år Tromsøs tur til å arrangere høstmøtesymposiet. Det ble imidlertid problemer med bla. gjesteforeleser, og man besluttet å utsette symposiet til neste år. Styret har påtatt seg arrangementet, og årets tema er Evidens for behandling av distale radiusfrakturer. Dette er en oppsummering av konsensusarbeidet. Symposiet avsluttes med en debatt om veien videre i utarbeidelsen av behandlingsretningslinjer.

Vintermøtet 2012
Vintermøtet 2012 ble arrangert på Ilsetra. Hebe Kvernmo var møteleder. Temaet var bløtdelsskader og sårproblematikk i hånden. Invitert foreleser var Steven Moran sjef for plastikk kirurgisk seksjon ved Mayo klinikken. Det faglige programmet var fint. Deltagerne savnet påmeldingsliste, slik at man lettere kunne arrangere transport. Likeledes ble det diskutert og besluttet at man fordelte kurstimene over fredag-søndag, slik at man lettere kunne kombinere ski/kurs.

Vintermøtet 2013
Trondheimsmiljøet er arrangør av vintermøtet i 2013. Møteleder er Adalsteinn Odinsson. Møtet holdes som tidligere i fantastiske lokaler ved Ilsetra , Hafjelltoppen. Her er det flotte muligheter for fritidsaktiviteter ved siden av kurset i form av ski, aking, utendørs badeanlegg m.m. Kuset starter fredag 25. januar kl 14 og avsluttes kl 12 på søndag 27. januar. Det er avsatt tid til fritidsaktiviteter. Tema i år er bruddskader i hånd og håndrot. Det er lagt stor vekt på praktiske øvelser og forelesninger vil etterfølges av øvelser på plastben. Paco Pineal er invitert som gjesteforeleser.Kurset er godkjent som valgfritt kurs 12 timer for spesialitetene ortopedi og plastisk kirurgi og refunderes via fond III.

SSSH 2014
Den skandinaviske kongressen blir i 2014 arrangert i Bergen. Yngvar Krukhaug er kongresspresident. Styret inngår avtale med kongresskomiteen ved presidenten tilsvarende det vi hadde for FESSH-kongressen og som er i tråd med Nofs retningslinjer for kongressarrangement. Møtet avholdes 4.-16. mai på SAS Royal, som til da er nyoppusset. Gjennomgangstema på symposiene vil være frakturer og fraktursekveler.

NFFHKs diplomkomite
Diplomkomiteen ble reaktivert for 2 år siden, hvor foreningen kom frem til at så lenge håndkirurgi ikke er egen spesialitet, bør ordningen videreføres da Diplomet gir et bilde av forventet håndkirurgisk kompetanse for de som har håndkirurgi som sin subspesialitet. Nye diplomer innvilget ila 2011/12 kunngjøres av komiteen under årsmøtet.

Foreningens kvalitetsarbeid
Leder og nestleder har sammenfattet konsensusresultatene vedrørende behandlingen av distale radiusfrakturer i en artikkel som publiseres i Tidsskriftet. I tillegg er Konsensusrapporten ferdigstilt, og vil foreligge i løpet av høsten 2012. Ingen øvrige programmer er startet i inneværende periode.

Websiden
Websiden er nå etablert på https://legeforeningen.no/spesial/Norsk-forening-for-handkirurgi/. Vi holder på å legge inn en del foreningsinfo. Ole Fosse fungerer som webmaster, og ber om innspill på hvordan siden kan brukes.

Inger Schulstads legat
Inger Schulstads minnestipend for utdannelse innen håndkirurgi er i år utlyst for første gang. Statuttene er utsendt medlemmene og via NOPen. Pengene skal utdeles fortrinnsvis til en kvinnelig lege med interesse for og under utdannelse i håndkirurgi.

Sak 23.

RAPPORT FRA NORSK FORENING FOR SKULDER - OG ALBUEKIRURGI 2011-2012.
Cecilie Piene Schrøder

Medlemstallet ser ut til å ha stabilisert seg på rundt 40 og flere av disse er aktive på nasjonale og internasjonale møter. Vi ønsker oss fortsatt bedre deltagelse på generalforsamling og norske møter.

Styret har bestått av Konrad Mader (styremedlem), Berte Bøe (kasserer), Rune Moan (sekretær), Tobias Francke (nestleder) og Cecilie Piene Schrøder (leder).

Foreningens symposium på Høstmøtet 2011 omhandlet leddnære humerusfrakturer. Vintermøtet ble også i år arrangert på Kvitfjell, i samarbeid med artroskopiforeningen. Vi bidro til programmet med forelesninger om labrumskader med/uten cyster, bicepssene-problemer og radiologisk utredning av skulderlidelser. Både sted og omgivelser egner seg meget godt for et slikt møte. Vintermøtet 2013 arrangeres derfor i samme form og skulderforeningen skal ha en egen sesjon.

Foreningen arrangerte i slutten av mai det 3. Arctic Cicle Shoulder Conference i Lofoten. Vi hadde fått samlet et bredt internasjonalt fakultet og program var solid og variert (se referat v/Rune Moan). Været var også på vår side denne gangen Det var dessverre altfor få norske deltagere som hadde anledning til å delta. Vi fikk imidlertid meget positive tilbakemeldinger fra de internasjonale deltagere og fra fakultetet, så vi satser på å arrangere et 4. møte om 3 år. Økonomisk fikk vi et fint overskudd. En av de viktigste årsakene til lavt antall norske deltagere var nok at Nice-møtet gikk av stabelen en uke senere. Dette er et kurs som veldig mange av foreningens medlemmer prioriterer, og det er derfor viktig at våre egne kurs settes opp uten å komme i konflikt med dette.

Nice-møtet som arrangeres hvert annet år, ble holdt i begynnelsen av juni og vi var representert med 14 deltagere. Her presenteres kun publiserte studier fra de siste 2 år og kurset holder meget høyt faglig nivå. På hvert av de siste tre kursene har vi hatt en invitert norsk foredragsholder, og i år var det Sigurd Liavaag som representerte oss. Han forsvarte også sin doktorgrad inne skulderkirurgi i juni i år.

Økonomien vår er god. Vi ønsker å diskutere på generalforsamlingen hvordan vi skal få rekruttert yngre leger under spesialisering til vår forening. Økonomisk støtte til kurs som vi arrangerer, er en mulighet.

Sak 24.

ÅRSRAPPORT NFHKK 2012
Stephan M Röhrl, MD, PhD

1. Styret hadde et telefonmøte den 22.03.2012 der det ble diskutert veien videre, høstmøtesymposium og rekruttering.
2. Det ble skrevet et innslag i NOPen for å rekruttere flere medlemmer.
3. Styret hadde et møte på Norsk Registermøte i Bergen, ISAR, 20.05.12.
4. Et nytt symposium i regi av NFHKK blir gjennomført under Høstmøtet 2012. Fokus er forskjellige tilganger til hofteleddet med hovedvekt på standard versus MIS, fordeler og ulemper. Vi valgte å ikke ta inn en ekstern foreleser denne gangen, men heller rekruttere norske eksperter og ortopeder.

5. Kontobalansen er positiv.
6. Tillbudet om en "National Travelling Fellowship" i Norge har blitt trukket tilbake på grunn av at vi ikke hadde søkere.
7. *Forslag: NFHKK gir ut en pris for beste studie/abstract innenfor tema hofte og kneprotesekirurgi. Stipendet er pålydende 10 000.-NOK.*
8. Styret har i perioden bestått av:
   a. Leder — Stephan Röhrl
   b. Nestleder — Geir Hallan
   c. Kasserer — Tarjei Egeberg
   d. Sekretær — Mona Badawy
   e. Styremedlem — Kristian Bjørgul
   f. Styremedlem — Eirik Aunan

Sak 25.

ÅRSRAPPORT 2012. ORTOPEDISK FAGGRUPPE FOR OSTEOPOROSE OG BENHELSE
Frede Frihagen

Aktiviteten i Faggruppen har vært moderat det siste året. Den viktigste begivenheten var uten sidestykke at vi på NOFs generalforsamling på Høstmøtet 2011 ble godkjent som en Faggruppe i NOF etter ett års "prøvedrift". Vi hadde også et meget vellykket og godt besøkt Symposium med tittelen: "Bruddtilheling, protesefiksasjon og osteoporosemedisin" med Per Aspenberg fra Linköping som det store trekkplasteret, men også med andre fine innlegg. På Generalforsamlingen 26.10.11 ble det vedtatt at vi skulle forsøke å arrangere et nytt vårmøte våren 2011. Det har vi dessverre ikke fått gjort. Faggruppen har imidlertid fått ansvar for å arrangere det tverrfaglige symposiet på Høstmøtet (23.10.12) under tittelen "Den ortopediske eldrebølgen". Det håper vi skal bli vellykket.

Styret har bestått av:
Frede Frihagen (leder) Ringerike sykehus, Vestre Viken HF, j.f.frihagen@medisin.uio.no
Jan Erik Gjertsen (nestleder) Haukeland sykehus, jan-erik.gjertsen@helse-bergen.no
Andy Larfred, Bærum sykehus, Vestre Viken HF, andy.larfred@vestreviken.no
Lars Hübschle, Sykehuset Buskerud, Vestre Viken HF, lars.michael.hubschle@vestreviken.no
Ragnhild Øydna Støen (sekretær), Ringerike sykehus, Vestre viken HF, OUS, r.o.stoen@medisin.uio.no
Gro Reksten (vara), SUS, gro.reksten@sus.no

Det har vært avholdt ett styremøte (27.10.11), ellers har kontakten mellom styremedlemmene vært per e-post.

Vi hadde per årsskiftet 52 medlemmer, to nye har kommet til i løpet av året slik at det nå er 54. Det er ikke innkrevd kontingent.

Sak 26.

RAPPORT FRA LEGER I ORTOPEDISK SPESIALISERING (LIOS) 2011-2012

Leder: Ante M. Kalstad
Nestleder: Rakel Gudmundsdottir
Kasserer: Tor Even Bøe
Sekretær: Esten Konstad Haanæs
Spesialitetskomitemedlem: Navid Beigi

1. Statutter ble vedtatt på generalforsamlingen. Vi har nå blitt registrert i Brønnøysundregisteret med organisasjonsnummer og har etablert foreningskonto. Det arbeides nå med å utvikle en hjemmeside for foreningen.

2. Foreningen avholdt et vellykket LIS-symposium på forrige høstmøte etter pro/con-mal med temaet "artroskopisk vs konservativ behandling av degenerativ menisklesjon". Symposiet ble godt mottatt og vi ønsker å videreføre LIS-symposiet etter samme mal.

3. Foreningen arbeider for tiden med arrangering av symposium til det kommende høstmøtet med tema "sementert vs usementert hemiprotese ved dislosert FCF". Vi planlegger i tilegg et symposium om ortopedisk turnuslegeopplæring.

5. Det ble avholdt et styremøte i perioden hvor også leder for den svenske LIS-foreningen deltok og gav en orientering om deres arbeid. Vårt neste møte er planlagt til årets høstmøte, styret har for øvrig kommunisert via mail.

6. Vi samarbeider for tiden med den svenske LIS-foreningen om en gjensidig skriftlig orientering i våre respektive foreningsblader om ortopediutdannelsen i nabolandet.

Sak 27.

NOFS FORSKNINGSUTVALG
Aktiviteten i forskningsutvalget starter først opp

Colibri II.
Ny og sterkere maskin

DePuy Synthes
COMPANIES OF Johnson&Johnson

Lilleakerveien 14
0283 Oslo
Tel. +47 24 12 66 80
Fax +47 24 12 66 81

Medinor AS har et stort utvalg av produkter innen ortopedi fra anerkjente leverandører.

CemOver
– sementfjerningsstav for enklere fjerning av gammel sement ved hofte- og knerevisjoner. Sparer operasjonstid, lave kostnader. Produsert i Italia av Tecres – som også står bak våre preformede Spacere og Cemex sement.

Revisjonsproteser
Profemur LR – kileformet revisjonsstamme med Modular Neck

Profemur R – todelt revisjonsstamme med Modular Neck

TTHR – todelt revisjonsstamme med distal sperring

Kontakt oss for mer informasjon på tlf **24 05 66 20**. E-post **kundeservice@medinor.com**

Alere™ MEDINOR An Alere Company

Verdiskapende produkter og tjenester innen helse

© 2012 Alere. All rights reserved. The Alere Logo and Alere are trademarks of the Alere group of companies.

mot Høstmøteuken da arbeidet med å vurdere de innsendte stipensøknadene starter. Samtidig starter og arbeidet med å velge ut Best Paper Award. Spenningen er stor knyttet til disse stipendene og i år vil de bli utdelt på høstmøtemiddagen.

Sak 28.

SAKER FORELAGT AV STYRET:
ENDRING AV KONTINGENT

Styret vil foreslå en kontingentøkning på kr 200,- på bakgrunn av at vår forening til tross for et økende antall medlemmer vil få redusert betaling fra Legeforeningen når det gjelder kontingenten som betales av medlemmene til den norske Legeforeningen. Bakgrunnen for dette ligger i dette svaret fra Den norske Legeforeningen :

«Hei Da har jeg fått sett nærmere på grunnlaget for kontingentfordelingen 2012. Norsk ortopedisk forening har en økning i antall tellende medlemmer på 5,3% fra 2010 til 2011 (dvs grunnlag for kontingentfordeling i budsjett hhv 2011 og 2012). De fagmedisinske foreningene har i gjennomsnitt en økning på 3,4 % noe som indikerer at deres forening ikke skal tape noe forholdsmessig som følge av at andre foreninger har økt mer når totalbeløpet til fordeling er det samme. Den viktigste årsaken til at foreningen får et lavere beløp i 2012 er bortfall av tilskudd til kostnadskrevende drift. Dere fikk 50 000 i 2010 og i 2011 ble det gitt en generell økning på 3,4 % til alle fra 2010-beløpet. Bortfallet av tilskuddet er en del av endringen i modellen som ligger til grunn for fordeling. Sentralstyret la frem forslag om at foreningenes årsmøte i større grad skulle gjøres ansvarlig for den kontingent som medlemmene betaler gjennom å fastsette evt. påslag på totalkontingenten til foreningen. Ny modell ble vedtatt i landsstyret i 2011 og medfører i hovedtrekk at kontingenten som fastsettes sentralt (av landsstyret) ble satt noe ned for alle, og at noen flere foreninger velger et påslag (max 10%). Det er årsmøtet i foreningen som må ta stilling til evt. påslag. Se også brev til foreningslederne i Min side fra 15.11. 2011, https://minside.legeforeningen.no/templates/article.aspx?id=21069 Jeg håper dette gir svar på ditt spørsmål. «

Med vennlig hilsen
Mette Lise Johnsen

Sak 29.

SAKER FORELAGT AV FORENINGENS MEDLEMMER: INGEN
Ingen saker er forelagt styret før årets generalforsamling.

Sak 30.

REGNSKAP PR 31.12. 2011

Sak 31.

BUDSJETT FORSLAG 2013

Sak 32.

VALG

Sak 33.

FORSLAG TIL TEMA FOR NOF- SYMPOSIUM 2013

Sak 34.

TID OG STED FOR GF 2013

C **Eliquis «Bristol-Myers Squibb, Pfizer»**
Antitrombotisk middel. ATC-nr.: B01A

T **TABLETTER, filmdrasjerte *2,5 mg:*** *Hver tablett inneh.:* Apixaban 2,5 mg, laktose 51,43 mg. Fargestoff: Gult jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Forebygging av venøs tromboembolisk sykdom (VTE) hos voksne pasienter som har gjennomgått elektiv hofte- eller kneprotesekirurgi. **Dosering:** *Normaldosering:* 2,5 mg 2 ganger daglig. 1. dose 12-24 timer etter kirurgisk inngrep. Tidspunkt må bestemmes ut fra vurdering av potensiell fordel av tidlig antikoagulasjon som VTE-profylakse og risiko for post-kirurgisk blødning. *Etter elektiv hofteprotesekirurgi:* Anbefalt behandlingsvarighet er 32-38 dager. *Etter kneprotesekirurgi:* Anbefalt behandlingsvarighet er 10-14 dager. Overgang mellom parenterale antikoagulantia og apixaban kan gjøres ved neste planlagte dose. *Nedsatt nyrefunksjon:* Kreatininclearance <15 ml/minutt og ved dialyse: Ingen klinisk erfaring, og apixaban anbefales ikke. Brukes med forsiktighet ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 15-29 ml/minutt). Ingen dosejustering ved moderat nedsatt nyrefunksjon. *Nedsatt leverfunksjon:* Ikke anbefalt ved alvorlig nedsatt leverfunksjon. Brukes med forsiktighet ved lett eller moderat nedsatt leverfunksjon («Child Pugh» A eller B). Ingen dosejustering nødvendig. Brukes med forsiktighet ved forhøyede leverenzymer eller forhøyet totalbilirubin. *Kroppsvekt, kjønn, eldre:* Ingen dosejustering nødvendig. ***Barn:*** Ingen data tilgjengelig. ***Administrering:*** Kan tas med eller uten mat. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Klinisk signifikant aktiv blødning. Leversykdom assosiert med koagulopati og klinisk relevant blødningsrisiko. **Forsiktighetsregler:** *Blødningsrisiko:* Pasienter overvåkes nøye for tegn til blødning. Brukes med forsiktighet ved tilstander med økt risiko for blødninger, f.eks. medfødte eller ervervede blødningssykdommer, aktiv ulcerøs mage-tarmlidelse, bakteriell endokarditt, trombocytopeni, blodplatesykdom, tidligere hjerneblødning, alvorlig ukontrollert hypertensjon, og nylig hjerne-, spinal- eller øyekirurgi. Behandling må avbrytes ved alvorlige blødninger. Kombinasjon med acetylsalisylsyre må anvendes med forsiktighet pga. potensielt høyere blødningsrisiko. *Spinal-/epiduralanestesi eller punktur:* Fare for utvikling av epidural- eller spinalhematom som kan føre til langvarig eller permanent lammelse ved nevroaksial anestesi eller spinal/epidural punktur. Risikoen kan øke ved postoperativ bruk av innlagt epiduralkateter eller samtidig bruk av legemidler som påvirker hemostasen. Innlagt epidural- og intratekalkateter må fjernes minst 5 timer før første apixabandose. Risikoen kan øke ved traumatisk eller gjentatt epidural eller spinal punktur. Pasienter må overvåkes for tegn og symptomer på nevrologisk svekkelse (f.eks. nummenhet eller svakhet i bena, dysfunksjon i tarm eller blære). Ved nevrologiske utfall er umiddelbar diagnose og behandling nødvendig. Nytte/risiko må vurderes ved nevroaksial intervensjon. Det er ingen klinisk erfaring for bruk med innlagt epidural- eller intratekalkateter. Ved slikt behov, og basert på PK-data, skal et tidsintervall på 20-30 timer (dvs. 2 × halveringstid) gå mellom siste dose av apixaban og fjerning av kateter, og minst 1 dose utelates før fjerning av kateter. Neste dose kan gis minst 5 timer etter at kateteret er fjernet. Erfaring med nevroaksial blokade er begrenset, og ekstra forsiktighet anbefales. *Hoftebruddskirurgi:* Ingen data foreligger, og bruk er ikke anbefalt. *Laboratorieparametre:* Små og varierende forandringer i koagulasjonstester ved forventet terapeutisk dose. *Hjelpestoffer:* Inneholder laktose og bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** *Hemmere av CYP 3A4 og P-gp:* Samtidig behandling med preparater som er sterke hemmere av både CYP 3A4 og P-gp, som azolantimykotika (f.eks. ketokonazol, itrakonazol, vorikonazol og posakonazol) og hiv-proteasehemmer (f.eks. ritonavir) anbefales ikke, da det kan føre til en fordobling i AUC og 1,6 ganger økning i C_{max} for apixaban. Moderate hemmere av CYP 3A4 og P-gp forventes å øke plasmakonsentrasjonen av apixaban i mindre grad. Ingen dosejustering er nødvendig ved administrering samtidig med mindre potente hemmere av CYP 3A4 og/eller P-gp. *Induktorer av CYP 3A4 og P-gp:* Samtidig administrering med sterke CYP 3A4- og P-gp-induktorer (fenytoin, karbamazepin, fenobarbital eller johannesurt) kan føre til redusert plasmakonsentrasjon av apixaban. Ingen dosejustering er nødvendig, men sterke induktorer av både CYP 3A4 og P-gp bør koadministreres med forsiktighet. *Antikoagulantia:* Pga. stor blødningsfare må forsiktighet utvises ved samtidig behandling med andre antikoagulantia. *Plateaggregasjonshemmere og NSAIDs:* Apixaban bør brukes med forsiktighet sammen med NSAIDs (inkl. acetylsalisylsyre) da disse vanligvis øker blødningsrisikoen. Legemidler forbundet med alvorlige blødninger er ikke anbefalt samtidig med apixaban, f.eks. ufraksjonerte heparinер og heparinderivater, faktor Xa-hemmende oligosakkarider, direkte trombin II-hemmere, trombolytiske agens, GPIIb/IIIa-reseptorantagonister, tienopyridin, dipyridamol, dekstran, sulfinpyrazon, vitamin K-antagonister og andre orale antikoagulantia. **Graviditet/Amming:** *Overgang i placenta:* Ingen data på bruk hos gravide. Anbefales ikke under graviditet. *Overgang i morsmelk:* Utskilles i melk hos dyr. Det er ukjent om apixaban eller metabolitter utskilles i human morsmelk. Risiko for nyfødte og spedbarn kan ikke utelukkes. En beslutning må tas om ammingen skal opphøre eller behandlingen med apixaban skal avsluttes. **Bivirkninger:** Totalt 11% av pasientene behandlet med apixaban 2,5 mg 2 ganger daglig opplevde bivirkninger. Blødninger kan forekomme ved risikofaktorer, som f.eks. organiske skader som blør lett. *Vanlige (f1/100 til <1/10):* Blod/lymfe: Anemi (inkl. postoperativ anemi og blødningsanemi og respektive laboratorieparametre). Gastrointestinale: Kvalme. Hjerte/kar: Blødning (inkl. hematom, og vaginal og urethral blødning). Øvrige: Kontusjon. *Mindre vanlige (f1/1000 til <1/100):* Blod/lymfe: Trombocytopeni (inkl. reduksjon i antall blodplater). Gastrointestinale: Gastrointestinale blødninger (inkl. blodig oppkast og blodig avføring), haematochezia. Hjerte/kar: Hypotensjon (inkl. prosedyremessig hypotensjon). Lever/galle: Transaminaseøkninger (inkl. ALAT-økning og unormale ALAT-verdier), økning av ASAT, økning av γ-GT, unormale leverfunksjonstester, økning av alkalinfosfatase, økt bilirubin i blod. Luftveier: Neseblødning. Nyre/urinveier: Blod i urinen (inkl. respektive laboratorieparametre). Øvrige: Blødninger etter operasjon (inkl. hematom etter operasjon, sårblødning, hematom på punksjonssted og blødning på innstikksted for kateter), sårsekresjon, blødning ved snittstedet (inkl. hematom på snittstedet), operasjonsblødninger. *Sjeldne (f1/10 000 til <1/1000):* Gastrointestinale: Blødning fra endetarmen og fra tannkjøttet. Immunsystemet: Hypersensitivitet. Luftveier: Blodhoste. Muskel-skjelettsystemet: Blødninger i muskler. Øye: Blødninger i øyet (inkl. konjunktival blødning). **Overdosering/Forgiftning:** Intet antidot. Overdose kan føre til økt blødningsrisiko. Ved blødningskomplikasjoner må behandling avsluttes og årsaken utredes. Passende behandling, f.eks. kirurgisk hemostase eller transfusjon av friskt, frossent plasma bør vurderes. Hvis livstruende blødning ikke kan kontrolleres ved disse metodene, kan administrering av rekombinant faktor VIIa vurderes. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Potent, oral, reversibel, direkte og meget selektiv aktiv hemmer av faktor Xa. Krever ikke antitrombin III for antitrombotisk aktivitet. *Virkningsmekanisme:* Hemmer fritt og trombebundet faktor Xa, og protrombinaseaktivitet. Ingen direkte effekter på blodplateaggregasjon, men hemmer indirekte trombininduсert blodplateaggregasjon. Hindrer generering av trombin og utvikling av blodpropp ved å inhibere faktor Xa. Antitrombotisk effekt i forebygging av arterielle og venøse tromboser ved doser som bevarte hemostasen er vist i dyremodeller. *Absorpsjon:* Absolutt biotilgjengelighet er tilnærmet 50% for doser opptil 10 mg. Absorberes raskt med C_{max} etter 3-4 timer. Lineær farmakokinetikk med doseproporsjonale økninger med eksponering for orale doser opptil 10 mg. Oppløsningsbegrenset absorpsjon med begrenset biotilgjengelighet ved doser f25 mg. *Proteinbinding:* Plasmaproteinbinding ca. 87%. *Fordeling:* Distribusjonsvolum ca. 21 liter. *Halveringstid:* Ca. 12 timer. *Metabolisme:* Flere eliminasjonsveier. Metaboliseres i hovedsak via CYP 3A4/5 med mindre bidrag fra CYP 1A2, 2C8, 2C9, 2C19, 2J2. Hoveddelen av legemiddelrelatert komponent i humant plasma er uendret apixaban uten sirkulerende metabolitter. Apixaban er substrat for transportproteiner, P-gp og brystkreft resistensprotein (BCRP). *Utskillelse:* Ca. 25% gjenfinnes som metabolitter, størsteparten i feces. Total clearance er ca. 3,3 liter/time. Utskillelse via nyrene står for ca. 27% av total clearance. Utskilles også via galle og direkte fra tarmen. **Pakninger og priser:** 10 stk. (blister) kr 267,60. 20 stk. (blister) kr 501,70. 60 stk. (endose) kr 1480,60. **Refusjon:** ***B01A 1. Apixaban***. *Refusjonsberettiget bruk:* Forebygging av venøs tromboembolisk sykdom (VTE) hos voksne pasienter som har gjennomgått elektiv hofte- eller kneprotesekirurgi.

Refusjonskode:

ICPC		Vilkår nr	ICD		Vilkår nr
-20	Tromboseprofylakse ved kirurgi	136	-20	Tromboseprofylakse ved kirurgi	136

Vilkår: (136) Refusjon ytes selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder.

Sist endret: 15.01.2012

E2012-0616

For fullstendig preparatomtale (SPC), se www.legemiddelverket.no

ELIQUIS®: EN PERORAL DIREKTE FAKTOR Xa-HEMMER SOM GIR GODE RESULTATER

MER EFFEKTIV FOREBYGGING AV VENØS TROMBOEMBOLISME (VTE)

UTEN ØKT BLØDNINGSRISIKO

sammenlignet med enoxaparin 40 mg en gang daglig[1,2]

Til forebygging av venøs tromboembolisme (VTE) hos voksne pasienter som har gjennomgått elektiv hofte- eller kneprotesekirurgi[3]

- **Bedre effekt** sammenlignet med enoxaparin 40 mg en gang daglig[1,2]
- **Ingen økt blødningsrisiko** sammenlignet med enoxaparin 40 mg en gang daglig[1,2]
- **Praktisk peroral administrasjon[3]**
  - 12–24 timers postoperativt tidsrom for oppstart av behandling*
  - Krever ingen dosejustering hos eldre† eller pasienter med moderat nedsatt nyrefunksjon
    - ELIQUIS® alene eller i kombinasjon med acetylsalisylsyre bør brukes med forsiktighet hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CrCl 15–29 ml/min) på grunn av potensielt høyere blødningsrisiko. ELIQUIS® anbefales ikke brukt på pasienter med CrCl<15 ml/min

* I fastsettelsen av administrasjonstidspunktet i dette tidsrommet, kan leger vurdere de eventuelle fordelene ved tidligere antikoagulasjon for VTE-profylakse, samt risikoen for postkirurgisk blødning.

† Det er begrenset klinisk erfaring med eldre pasienter som har fått ELIQUIS® sammen med acetylsalisylsyre. Denne kombinasjonen bør benyttes med forsiktighet på grunn av en potensielt høyere blødningsrisiko.

E2012-0616

Referanser: 1. Lassen MR *et al. N Engl J Med* 2010; 363:2487-2498. **2.** Lassen MR *et al. Lancet* 2010; 375:807-815. **3.** ELIQUIS® (apixaban) Preparatomtale. Mai 2011.

Forberedelsesdato: Januar 2012 EUAPI069a

ELIQUIS® apixaban

Bristol-Myers Squibb Pfizer

LCS®
KNEPROTESE

ORTOMEDIC
Vollsveien 13E, Boks 317, 1326 Lysaker - Tlf 67 51 86 00 / Faks 67 51 85 99
ortomedic@ortomedic.no - www.ortomedic.no

Orthomusic

Mr. Tambourine Man
Diagnose: Delhåndsamputasjon

Eivind Witsø

Bruce Langhorne ble født i Tallahassee, Florida 11. mai 1938. Som tolvåring ville han sende opp en hjemmelaget rakett, men dessverre eksploderte den før den kom opp i lufta. Resultatet ble en partiell amputasjon av tommel, pekefinger og langfinger på høyre hånd (1). Til tross for dette ble han en dyktig gitarist med en personlig stil. Han bodde lenge i Greenwich Village, New York og bidro på innspillinger med Joan Baez, Gordon Lightfoot og Buffy Saint-Marie.

Bruce Langhorne er først og fremst kjent fra sitt samarbeide md Bob Dylan. Første gang de møttes var i anledning en innspilling med Carolyn Hester hvor Langhorne spilte gitar og Dylan munnspill. Allerede året etter var Langhorne med på innspillingen av *The Freewheelin´ Bob Dylan* hvor han kan høres som gitarist på Corrina Corrina. Aller mest kjent er nok Langhorne fra innspillingen av *Bringing it all back home* fra 1965, og da ikke minst bidraget på sangen Mr.

Bruce Langhorne, Carolyn Hester, Bob Dylan, Bill Lee (1961)

Tambourine Man. Det er først et stykke ut i femte takt man kan høre at det er to gitarister som spiller, og i resten av sangen krydrer Langhorne innspillingen med sin særdeles lyriske og varme stil. Det samme gitarspillet kommer også til sin fulle rett i musikken til filmen *Pat Garrett & Billy the Kid*.

Bakgrunnen for at Bruce Langhorne har fått tilnavnet Mr. Tambourine Man var at han var eier av en stor tyrkisk tamburin som han hadde med seg i studio under innspillingen av *Bringing it all back home*, og at Dylan derfor ga sangen navnet Mr. Tambourine Man. Det er ingen enighet blant dylanologer angående spørsmålet om Langhorne virkelig er Mr. Tambourine Man. Som argument mot blir det hevdet at Dylan skrev sangen minst ett år før den ble spilt inn, og at han lenge før innspillingen fremførte sangen offentlig under navnet Mr. Tambourine Man (2). Andre er like sikre på at Dylan oppkalte sangen etter sin gamle venn med den store tamburinen (3,4)

Bruce Langhorne har komponert musikken til Peter Fondas´s film The Hired Hand fra 1971 hvor Langhorne spiller alle instrumentene selv, blant annet gitar, banjo og fiolin, piano, munnspill og trommer. Først i 2005 ble denne musikken utgitt på egen CD. Bruce Langhorne hadde slag i 2006, og han er ikke lengre aktiv musiker (1).

1. Personlig medelelse
2. Michael Gray. The Bob Dylan Encyclopedia (2006)
3. Howard Sounes. Down the Highway - The Life of Bob Dylan (2001)
4. Clinton Heylin. Revolution in the air. The songs of Bob Dylan. Vol.1 (2009)

SIGMA®
KNEPROTESE

SIGMA®

PFC Sigma kneprotese

- Veldokumentert
- Leveres som Fixed og Mobil Bearings

DePuy
a Johnson & Johnson company

ORTOMEDIC

Vollsveien 13E, Boks 317, 1326 Lysaker - Tlf 67 51 86 00 / Faks 67 51 85 99
ortomedic@ortomedic.no - www.ortomedic.no

Referat fra Arctic Circle Shoulder Conference 2012

Det tredje møtet i Arctic Circle Conference ble avholdt i Svolvær i perioden 30. mai – 1. juni til med 15 påmeldte deltakere, 6 fra styret/arrangementskomiteen og 15 inviterte foredragsholdere, tilsammen 36 deltakende leger og fysioterapeuter.

Rune Moan, styret FSAK

Etter at Bodø Sykehus sa fra seg oppgaven som ansvarlig arrangør, ble møtet organisert av Foreningen for skulder- og albuekirurgi. Styret i foreningen, som for dette arrangmentet var supplert med kollega Cato Kjærvik, deltok i planlegging og gjennomføring av møtet. Programmet var lagt opp som foredrag med oppgitte emner innenfor fire hoveddeler: instabilitet i skulderledet, proksimale humerusfrakturer, skulderproteser og rotatorcuff. Hver hoveddel ble fulgt opp med en diskusjon rundt sentrale emner og problemstillinger. Det var inviterte foredragsholdere fra Norge og en rekke land i Europa.

Møtet ble arrangert med støtte fra industrien rettet mot reise og oppholdsutgifter for fakultet, og hver enkelt deltaker og styret betalte egne utgifter. Møtet fikk faglig anbefaling av SECEC. Det var laget en rabatt for leger i spesialisering, og møtet lyktes med å rekruttere noen yngre kolleger.

Torsdagskvelden ble det arrangert kursmiddag på MF Lofotferga i solskinn og kaldt vær. Som ved tidligere møter bar det preg av tett kontakt mellom alle deltakere og god mulighet til å knytte kontakt med kolleger i inn- og utland.

I utarbeidelsen av programmet forsøkte arrangementskomiteen å belyse spesielt emner innefor basalforskning og ikke-opertive behandlingsalternativer. Innenfor instabiliteter ble det bl.a. forelest om atraumatiske instabiliteter og utredning og behandling ved instabiliteter relatert til beindefekter i glenoid. I delen som behandlet proksimale humerusfrakturer, ble det gitt en oversikt over epidemiologi og vanlige behandlingsstrategier i Norge. Det ble videre diskutert indikasjoner for hhv. platefiksasjon, margnagling og ulike protesedesign. I tredje del av møtet ble bl.a. reversert skuldreprotese og modulære proteser diskutert. Det var innlegg fra det svenske proteseregisteret og forelesning om ikke-operative alternativer og kirurgisk anatomi ved skulderproteser. Den siste bolken omhandlet skader og forandringer i rotatorcuffen. Det var flere innlegg som kunne gi økt biologisk kunnskap ved apoptose, smertesensitivisering og vekstfremmende faktorer/graft. Det ble videre diskutert ikke-oparativ behandling, undersøkelsesteknikk, rehabilitering av rotatorcuffer og teknikk og potensiale ved senetransposisjoner ved ikke-reparerbare cuffrupturer.

I en foreløpig evaluering av møtet er nok den viktigste konklusjonen at møtet ikke klarte og rekruttere nok ortopeder fra Norge med skulder som interessefelt. Dette kan skyldes flere forhold hvor skuldermøtet i Nice, Frankrike uken etter kan være den viktigste enkeltfaktoren. Styret fikk flere komplementer vedr. programmet , og for de fremmøtte håper vi at det var en positiv opplevelse å få et bredt program innen skulderortopedi i Norge i en fin atmosfære der det var lett å finne kontakter innen ulike miljøer.

Styret i foreningen ønsker å arrangere et nytt møte om 2-3 år hvor vi vil fokusere enda sterkere på rekruttering av leger i ulike faser av sin utdanning og er takknemlig for alle konstruktive innspill.

SPII®. The Original.

We follow nature ...

*94,3% survival after 19 years follow-up in 76.047 cases
(*Annual Report 2010, Swedish Hip Arthroplasty Register)

With a track record of more than 450,000 cases, the Lubinus SPII® is one of the most successful anatomical hip systems in the world. That's because only the genuine LINK® implant has the qualities that ensure success.

For more than 40 years, we've been developing and manufacturing joint implants from a single source in Germany – setting us apart from the rest.

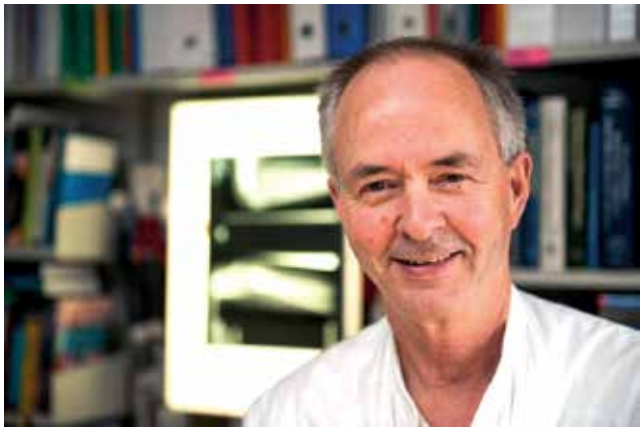
LINK Norway AS · Energivegen 5 · 2069 Jessheim · Tlf. +47 22 72 16 80 · Faks. +47 63 97 81 34 · firmapost@linknorway.no

LINK®
Regaining Quality of Life.

Reisebrev fra EPOS Wien

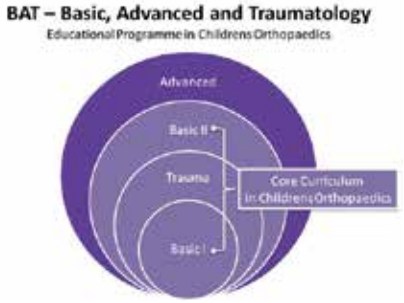
Terje Vagstad, Aalesund

Underteikna har no vore deltakar på totalt 3 kurs i regi av EFORT sin underorganisasjon EPOS til Wien som ledd i subspesialisering og sertifisering i barneortopedi. EPOS står for European Pediatric Orthopaediv Society og lagde for et par år sidan eit utdanningsopplegg for legar innen ortopedi for å sikre mest mogeleg lik kunnskap om og tilnærming til behandling i heile Europa. EPOS er leia av ein utruleg triveleg dansk professor som heiter Bjarne Møller Madsen og har sitt daglege i Århus, Danmark. Han har i tidlegare arbeidd ved Great Ormond Street Hospital for Children i London.



Bjarne Møller Madsen, Aarhus

EPOS har laga eit utdanningsforløp som dei kaller "**BAT**-programme", ein samansatt kurspakke bestående av **B**asic, **A**dvanced og **T**raumatologikurs. Dei 2 basic samt traumatologikurset kan ein ta fortløpande i Wien og består av 3 tredagarskurs med eit halvt år imellom kursa, desse dekkar den vanlege barneortopedien nokså godt. For dei spesielt interesserte kjem advancedkursa i tillegg, desse går over ein til to dagar og omhandlar eitt spesielt tema slik som artrogrypose, MMC eller CP og ein får der verkeleg anledning til å grave seg djupare ned i faget og dei enkelte temaene. Det har vore totalt 4 advancedkurs og ein satser på å intensivere dette slik at det i alle fall blir minst eitt kurs årleg også her, neste år er det allereie planlagt to slike kurs, begge i Helsinki.



Undervisninga er dels kateterbasert, dels praktisk slik vi kjenner det frå vossakurset, oppdalskurset samt andre kurs i inn- og utland kor sawbones blir flittig brukt. Diskusjonsgrupper og rikeleg tid til spørsmål sørger for at alle som ynskjer får svar på det dei lurer på. Lokalitetane i spesialsjukehuset for barneortopedi i Wien, Speising orthopädisches Spital ligg fint til noko utanfor byen i nærheten av slottet Schönbrunn, men er lett ▶

E1™
Antioxidant Infused Technology

E1™: Polyethylene
E-volved

Biologics • Bracing • Microfixation • Orthopaedics • Osteobiologics • Spine • Sports Medicine • Trauma • 3i

biomet.no

BIOMET®
One Surgeon. One Patient.

Deltakere på kurs, fra forelesningen samt Prof. Lascombes

tilgjengeleg via ein kombinasjon av U- og S-bahn. Det er lagt opp til at deltakarane sjølve skal ta med pasientar /kasuistikkar til gjennomgang og ikkje få kompliserte saker blir gjennomdiskutert og analysert frå dag til dag.

Byen Wien som kursstad er heilt fantastisk. Natur, kultur, godvær og det østerriske lynnet burde passe bra for forfrosne nordmenn, i skrivande stund reiste eg frå 12 grader og ausande regnvær i Ålesund til bortimot 30 grader, vindstille og strålande sol i Wien, dette i midten av september. Kurset går kvar dag til omlag kl 17, det er altså rikeleg tid til fritidsaktivitetar etterpå. Operaen kan anbefalast på det varmaste, likeså Schönbrunn, Belvedere og Hofburg, alle fantastiske monument etter lange tider med stor makt og rikdom i Østerrike. Ein joggetur i Prater eller parken Schönbrunn er heller ikkje å forakte, du kan besøke Hundertwasserhaus eller handle i sentrum. Noko for alle folk eller sinnsstemningar finst her.

Det har vore få nordmenn på møta eg har delteke på, grunnen til dette veit eg ikkje men det er vel viktig at tilbodet blir gjort kjent for flest mogeleg. Barneortopedien er eit stort fagfelt med altfor få involverte som ofte blir drive av eldsjeler rundt omkring i Noregs land, dette er kanskje muligheten til å åpne feltet for fleire enn kun dei spesielt interesserte. Basics-kursa er som namnet seier basalkunnskap men likevel trur eg dei fleste vil kunne ha nytte av dei, særleg kanskje LIS-legar som synest barneortopedien er spennande og utfordrande, alle ortopedar som driv med dette fagfeltet bør vite nærast alt desse kursa omhandlar men tanken med å gi flest mogeleg ein felles basis likar eg og trur det er viktig for rekrutteringa for faget vidare å stille opp om dette. Norge har desverre enno ikkje sin eigen EPOS-underforening men om det er interesse for det er det berre å gi beskjed så prøver vi organisere dette! Prof Terjesen er medlem I nominasjonskomiteen som einaste nordmann så vidt eg har skjønt involvert i EPOS.

Rådhuset i Wien.

Alt i alt vil eg anbefale både Wien som kursstad samt BAT-kursa til EPOS, dei gjev oss ei felles forståing og ei felles platform bade vi og pasientane våre har god nytte av! Vi snakkar trass alt om barn.

Neste Basicskurs er igjen i Wien i slutten av mars 2013 og omhandlar barneortopedisk traumatologi, anbefalast. Komande advancekurs omhandlar "artrhrogryposis- and update" og er lagt til Helsinki 18 april 2013. Vidare informasjon finn dere på *www.efort.org*.

KURS, KONFERANSER OG STIPENDER

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 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, men i 2012 er søknadsfristen 1 uke før årsmøtet i Norsk forening for håndkirurgi. 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.

Bellovac®ABT
Exudrain®
Abdovac®
Bellovac®
Medena®
Kilroid®
Vastrip®
Pep/Rmt™
Serres

Wellspect HealthCare
- det nye navnet til Astra Tech HealthCare

I forbindelse med at virksomheten har fått nye eiere, har vi fått nytt navn. Vi er stolte av det nye navnet, Wellspect HealthCare, som gir assosiasjoner til livskvalitet og velvære,respekt for brukere og et bredt spekter av produkter.
Vi leverer de samme veldokumenterte kvalitetsprodukter, høy faglig kompetanse og god service.

Vi ser frem til et fortsatt godt samarbeid.

Wellspect HealthCare, Karihaugveien 89, 1086 Oslo
Tlf: 815 59 118. Fax: 67 92 05 50. www.wellspect-healthcare.no

wellspect HEALTHCARE

Norsk Artroskopiforenings stipend 2012

Norsk Artroskopiforening gir stipend til beste artroskopi-relaterte foredrag ved Ortopedisk Høstmøte 2012.

Stipendet er på kr. 10.000,-.

Alle artroskopi-relaterte abstracts som blir sendt inn til Ortopedisk Høstmøte, vil bli vurdert av artroskopiforeningens stipendkomité. De fem beste blir nominert til presentasjon på Høstmøtet i egen bolk. En jury utnevnt av artroskopiforeningens styre og stipendkomité utroper en vinner.

Stipendiaten må være medlem av Norsk Artroskopiforening og spesialist i ortopedisk kirurgi eller utdanningskandidat innen ortopedisk kirurgi. Han eller hun må avgi rapport til Norsk Artroskopiforening / skrive reisebrev på foreningens nettside.

Det vises for øvrig til stipendets statutter på foreningens nettside www.artroskopi.no

Vedrørende aktuelle tidspunkter, vises til Ortopedisk Forenings program for Høstmøtet.
Det presiseres at abstracts skal sendes etter anbefalinger av Norsk Ortopedisk Forening, og at Norsk Artroskopiforening tar kontakt med nominerte kandidater i forkant av Høstmøtet.

Smith & Nephew Artroskopistipendium 2012

smith&nephew

Smith & Nephew Artroskopistipendium er i år økt til kr 40 000,-.
Søknadsfrist 15. september.

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 og et medlem fra Smith & Nephew A/S. 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-format som vedlegg til e-post.
E-post: gisle.uppheim@lds.no

SØKNADSFRIST: 15. september 2012

STIPEND

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. Førstegangssøkere 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, hvoretter 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.

Norsk forening for håndkirurgis pris til beste håndkirurgiske høstmøteforedrag fra unge kirurger

Styret kan tildele en pris på inntil kr 5.000 for beste håndkirurgiske høstmøteforedrag fra leger i utdanningsstilling. Hvis prisvinneren ikke er medlem av foreningen, vil foreningen dekke medlemskontingenten det første året. Man kan bare vinne prisen en gang.

Midler til forskningsprosjekter omkring sykdommen osteoporose – Nycomeds forsknings stipend

Nycomed er et privateid, europeisk farmasøytisk selskap som innlisensierer, utvikler, produserer og markedsfører legemidler og helseprodukter. Vi har spesialiserte salgsteam som jobber mot allmennpraktiserende leger, sykehus og apotek, i tillegg har vi en forretningsenhet innenfor Consumer Health. Nycomed har 36 salgskontorer i 15 europeiske markeder, inkludert CIS. Produksjon foregår i Norge, Danmark, Østerrike, Belgia og Estland. Selskapets hovedkontor ligger i Roskilde, Danmark. Antall ansatte er ca. 2800. Nycomed har nå gleden av å kunne tilby midler til forskningsgrupper/personer som driver prosjektbasert forskning innen osteoporose.

smith&nephew

Smith & Nephews Forskningsstipend til støtte for basal-forskning og klinisk forskning innen implantatkirurgien.

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

Søknadsfrist på eget skjema er 30. september hvert år. Nof's representanter i styret er Lars Engebretsen og Ove Furnes.

OrtoMedic

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

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

Søknadsfrist 15. september hvert år. Standard søknadsskjema. Nof's representanter i styret er Kari Indrekvam og Arild Aamodt.

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 generalforsamling velger er stipendstyre på 3 medlemmer. Stipendstyret har en funksjonstid på 4 år.
5. Søknadsfristen er 31. august hvert år.
6. Generalforsamlingen kan med 2/3 flertall forandre statuttene for stipendiet 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 lege 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 generalforsamling velger er stipendstyre på 3 medlemmer. Stipendstyret har en funksjonstid på 4 år.
5. Søknadsfristen er 31. august hvert år.
6. Generalforsamlingen kan med 2/3 flertall forandre statuttene for stipendiet etter forslag fra ett eller flere medlemmer."

EFORT Travelling Fellowship
Beregnet på ortopeder under utdanning, eller like etter avsluttet utdanning. Et vertsland arrangerer en ukes kurs innen forskjellige fagfelter innen ortopedi. Kurset kan være lokalisert ett sted eller arrangert som en rundreise. Det offisielle språket er engelsk. Vertslandet betaler opphold og forpleining, og standarden skal være nøktern. Hjemlandets ortopediske forening betaler reisen til kandidaten. Norsk ortopedisk forening tildeles plasser etter avtale med EFORT.

Med bakgrunn i dette utdanningsfondet vil jeg minne om Continental Course i London - Nottingham. Dette er et godt kurs spesielt for ortopeder under utdannelse. Det vil bli arrangert i begynnelsen av juni. Søknad om deltakelse skal til styret i NOF.

Göran Bauer's Grant
Göran Bauer's grant, the return of 1.000.000 DKK, approximately 70.000 DKK, is annually given to members of the Nordic Orthopedic Federation. The purpose of the grant is to support study tours to orthopaedic institutions as part of a scientific project, and to sponsor scientific meetings. In both instances the work should be aiming at a publication in Acta Orthopaedica.

The application should be e-mailed to: bj.moma@gmail.com

Deadline: March 31st 2012

The application, in English, must include the following headings:
- introduction
- research plan or work plan
- outline of the budget
- a short CV

The grant application must be sent electronically, attached as a Word file, and it must not exceed 10.000 characters (including spaces), preferably less, applications longer than 10.000 characters will be truncated. Please name the file with your own name.

The successful candidate(s) will be announced on the NOF and DOS (Danish Orthopedic Society) homepages.

Aase Bye og Trygve J. B. Hoffs fond
Stipendet skal brukes til utvikling av fagområdet ortopedisk kirurgi. Fondet er ment som en takk for behandling Aase Bye fikk.

Fra fondet utdeles kr 55 000 årlig. I styret sitter nå Olav Reikerås og Lars Engebretsen samt en representant fra Universitetet i Oslo. Stipendet utlyses i Norsk Lysningstidene, Aftenposten og ved oppslag på universitetene.

Søknadsfrist: 1. februar hvert år. Eget søknadsskjema kan en få hos: Unifor Boks 1131 Blindern 0317 Oslo Tlf. 22 85 94 07

NOF Fellowship
Please go to NOF homepage www.norf.org/?NOF_Fellowship for further information.

Deadline: March 31st 2012

The successful candidate(s) will be announced at NOF Congress Tallinn 2012.

JAN A. PAHLES FORSKNINGSLEGAT
Legat til revmakirurgisk og tverrfaglig revmatologisk forskning.
Formål: Å gi støtte til kandidater som utmerker seg i sitt arbeid til fremme for og videreutvikling av dette felt.

Søknadsfrist: 1. oktober 2012. Søknadsskjema og opplysninger fåes: www.pahleslegat.no eller Oslo Sanitetsforening, Fredrikke Qvamsgt.1, 0172 Oslo. Tlf: 23 22 21 10

smith&nephew
DYONICS® POWER

DYONICS® Power Shaver; med fokus på prestasjon

Siden DYONICS introduserte artroskopisk shaving for mer enn 25 år siden har navnet vært synonymt med innovasjon, kvalitet og effektivitet.
Smith & Nephew har holdt denne tradisjonen ved like med unike produkter som DYONICS BONECUTTER® som kutter både bløtdeler og bein, DYONICS INCISOR® PLUSS ELITE som sannsynligvis er markedets mest effektive shaverblad og ikke minst unike DYONICS ELECTROBLADE® som både kutter og koagulerer samtidig!
Sammen med den ergonomiske POWERMAX® ELITE shavermotoren er dette et kirurgisk verktøy som ikke setter begrensninger for kirurgen.

Velger du et engangs DYONICS shaverblad velger du optimal kutteeffektivitet og setter pasientsikkerheten i forsetet!

Endoskopi
Smith & Nephew AS
Nye Vakåsvei 64

T 66 84 20 20
F 66 84 20 90

®Trademark of Smith & Nephew. Certain marks are Reg US Pat and TM Office.

B ØKONOMI ÉCONOMIQUE

Returadresse:
Den Norske Legeforening
Pb 1152 Sentrum
0107 Oslo

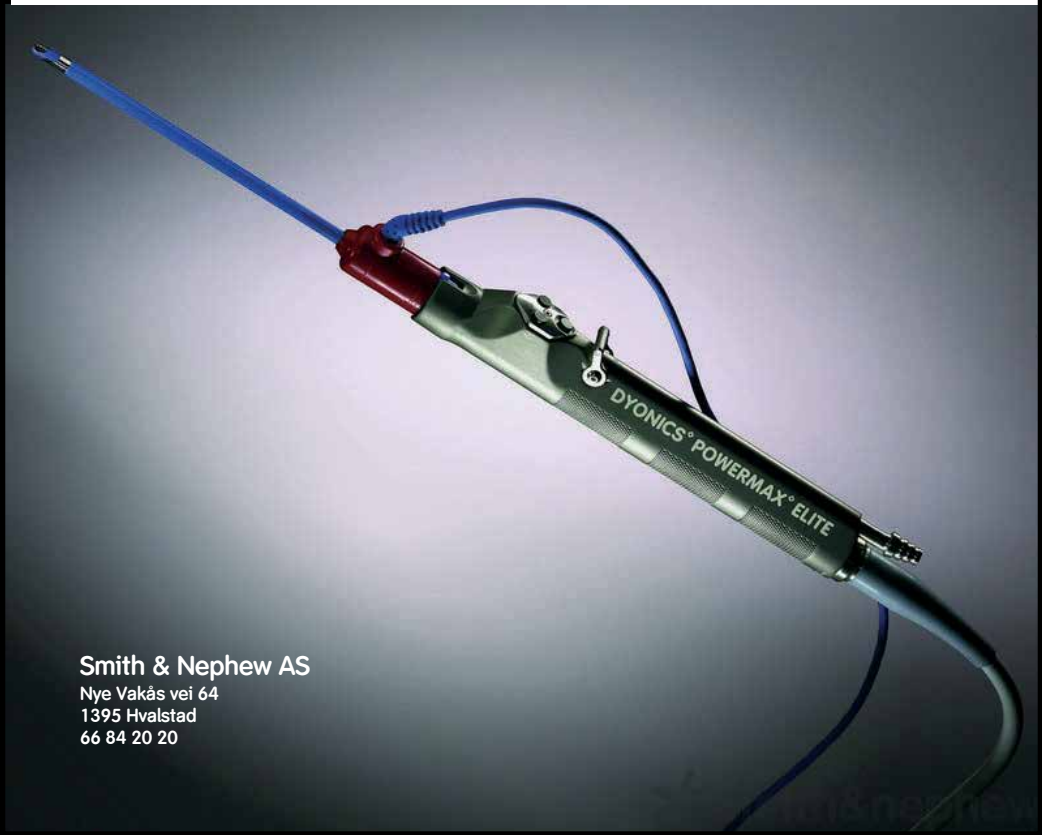
POSTEN NORGE
P.P. PORTO BETALT

smith&nephew

Tre funksjoner i ett instrument

DYONICS BONECUTTER ELECTROBLADE®

DYONICS BONECUTTER ELECTROBLADE er det første shaverbladet som både kan kutte bløtdeler, koagulere blodkar og frese bein. Det er designet for å kunne gjennomføre en artroskopisk acromionreseksjon eller en rotatorcuff prosedyre uten å skifte instrument. Fremre korbåndsrekonstruksjon kan gjennomføres uten blodtomhet.



Smith & Nephew AS
Nye Vakås vei 64
1395 Hvalstad
66 84 20 20