

LOFOTEN leverte

Vårmøte 2025 med NFHKK side 36



CAPUT RADII - vakker, viktig og vanskelig

side 16

Et nordisk yngre ortopedisk samarbeid? Y-NOF

side 22

Støy ved ortopediske operasjoner

side 28

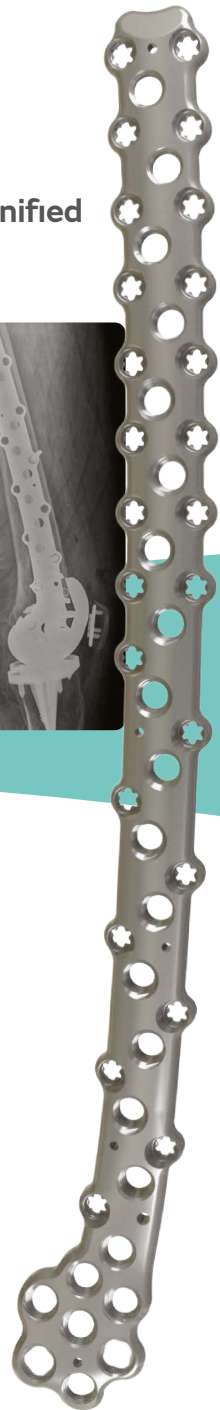
NORDSTEN-DS - 5 års resultater

side 31

+ Simply advanced

The evolution of osteosynthesis continues with a unified large fragment and periprosthetic plating system.

Plates and screws that are designed to give you stability where you need it and flexibility where you want it.



Smith+Nephew

EVOS[◇] LARGE &
PERIPROSTHETIC
Plating System



Learn more at smith-nephew.com

Products may not be available in all markets because product availability is subject to the regulatory and/or medical practices in individual markets. Please contact your Smith+Nephew representative or distributor if you have questions about the availability of Smith+Nephew products in your area. For detailed product information, including indications for use, contraindications, precautions and warnings, please consult the product's applicable Instructions for Use (IFU) prior to use.

©Trademark of Smith+Nephew, All Trademarks acknowledged, ©2023 Smith & Nephew, Inc., 31290 V3 08/23

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

1. Vi ønsker artikler/innlegg med forenklet språkbruk og hvor følgende hensyn er tatt:

- Heading som vekker interesse
- Inngress og subheading

2. Krav til tekstdokumentet

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

3. Bilder

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

4. Annonseformater (bredde x høyde)

- NOPen utfallende 170 x 240 mm + 3 mm
- Høyoppløselig pdf hvor fonter og høyoppløselige bilder er inkludert

Layout, grafisk produksjon og annonsesalg

- Ødegaard reklame & design as,
telefon: 995 20 160, mail: bente@odesign.no

Deadline nr. 3: 04.09.2025

NORSK ORTOPEDISK FORENING



Leder Per-Henrik Randsborg

Akershus universitetssykehus

Tlf: 97 04 04 80

e-post: pran@ahus.no

Nestleder Torbjørn Berge Kristensen

Haukeland universitetssykehus

Tlf: 99 00 33 50

e-post: torbjorn.berge.kristensen@gmail.com

Sekretær Mona Nysted

St. Olavs hospital

Tlf: 92 60 65 18

e-post: mona.nysted@gmail.com

Web-ansvarlig Rune Bruhn Jakobsen

Akershus universitetssykehus

Tlf: 92 09 29 73

e-post: r.b.jakobsen@medisin.uio.no

Kasserer Monica Sailer

Akershus universitetssykehus

Tlf: 45 61 47 28

e-post: monica_sailer@yahoo.no

Styremedlem (vara) Ann Kristin Hansen

Universitetssykehuset Nord-Norge

Tlf: 40 45 21 12

e-post: ann.k.hansen@uit.no

Redaktør NOP Kjartan Koi

Nordlandssykehuset i Bodø

Tlf: 95 79 14 45

e-post: Kjartan.koi@gmail.com

Leder spesialitetskomiteen Cecilie Jansen Basma

St. Olavs hospital

Tlf.: 97 64 21 81

e-post: Cecilie.Hyldmo.Jansen@stolav.no

Leder for kvalitetsutvalget Håkon Langvatn

St. Olavs hospital

Tlf.: 47 31 81 91

e-post: Håkon.Langvatn@stolav.no

Leder LIOS Ishanee Nirmalanathan

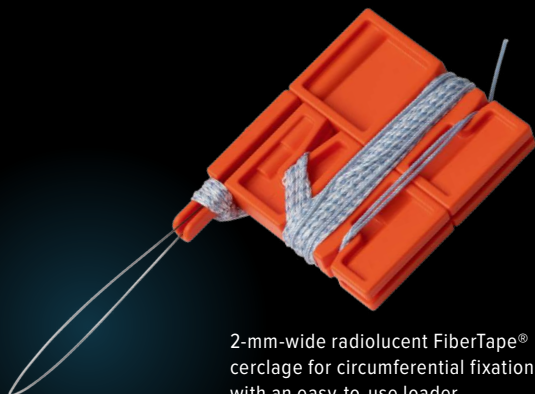
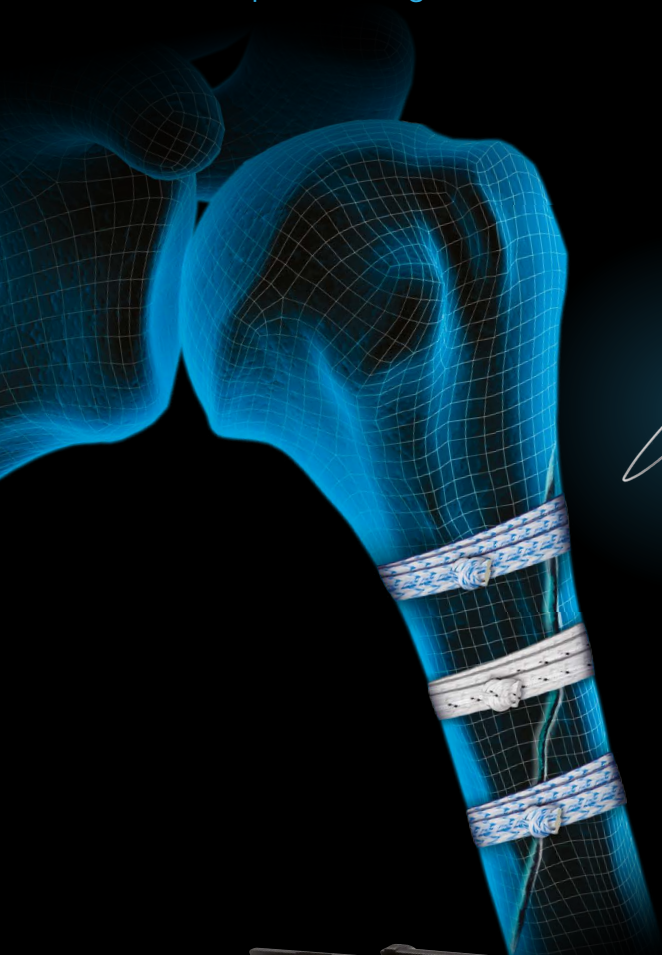
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

Tlf: 97 97 83 39

e-post: Ishanee.nathan@gmail.com

Make Metal Cerclage a Memory

FiberTape® Cerclage



2-mm-wide radiolucent FiberTape® cerclage for circumferential fixation with an easy-to-use loader

10+ YEARS

For more than a decade, FiberTape® suture has been used for multiple fixation applications in orthopedics



FiberTape® cerclage tensioner for reproducibility

Scan the code to learn more about this innovative product



arthrex.com



© 2023-11 Arthrex GmbH. All rights reserved.

Arthrex®

Innhold

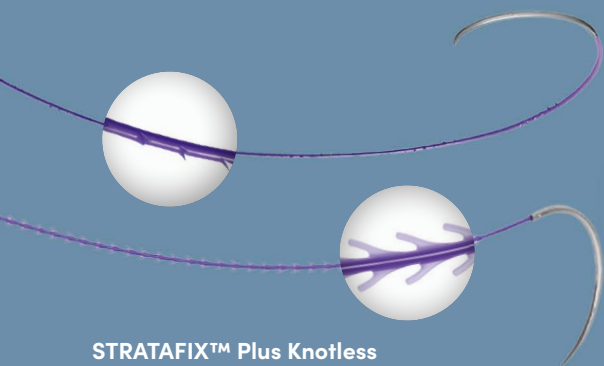
"All the Small Things ..."	7
<i>Kjartan Koi</i>	
Gledelig sommer!	11
<i>Per-Henrik Randsborg</i>	
Fag & rapporter	
CAPUT RADII – vakker, viktig og vanskelig	16
<i>Ingri Aunet Tyldum</i>	
Et nordisk yngre ortopedisk samarbeid? Y-NOF	22
<i>Ishanee Nirmalanathan</i>	
Nå i revidert utgave: "Veien til ortoped"	25
<i>Eline Hayes og Ishanee Nirmalanathan</i>	
Støy ved ortopediske operasjoner	28
<i>Hilde Austrheim, Anne Marie Lund Eikrem og Tonje Strømholm</i>	
NORDSTEN-DS – 5 års resultater	31
<i>Eric L. Kgomotso og Ivar Austevoll</i>	
Lofoten leverte – Vår møte 2025 med NFHKK	36
<i>Lars Engseth</i>	
Trondheim 2025 – Ski VM	38
<i>Jon Olav Drogset</i>	
Faste spalter <i>mm.</i>	
Wilhelm Conrad Röntgen – Oppdageren & Nobelprisvinneren	42
Bli kjent – Kristin Frydenlund	44
Kurs/konferanser/stipender/Things to do 2025	46

Infeksjon kan være katastrofalt

Mange faktorer kan påvirke resultatet i en prosedyre. I en publisert studie ga knutefrie suturer en betydelig bedre **vanntett** lukking sammenlignet med vanlige suturer på kadavermodell.^{1*} STRATAFIX™ Plus Knotless Tissue Control Devices med IRGACARE®# MP (triklosan) er de eneste kommersielle tilgjengelige knutefrie suturene med antibakteriell beskyttelse.²⁻⁴ DERMABOND™ PRINEO™ hudlukkingssystem gir en fleksibel mikrobiell barriere mot organismer som vanligvis er ansvarlige for postoperative sårinfeksjoner, med 99 % beskyttelse in vitro i 72 timer.^{5**}



Beskytt pasienten fra innsiden og ut



**STRATAFIX™ Plus Knotless
Tissue Control Devices**



**DERMABOND™ PRINEO™
Skin Closure System**

Please refer always to the Instructions for Use / Package Insert that come with the device for the most current and complete instructions.

*standard interrupted suture #A trademark of BASF **Staphylococcus epidermidis, Escherichia coli, Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa, and Enterococcus faecium.

References: 1. Nett M, Avelar R, Sheehan M, Cushner F. Water-tight knee arthrotomy closure: comparison of a novel single bidirectional barbed self-retaining running suture versus conventional interrupted sutures. J Knee Surg. 2011;24:55-59. (119924 200818) 2. Ming X, Rothenburger S, Yang D. In vitro antibacterial efficacy of Monocryl Plus Antibacterial Suture (poliglecaprone 25 with triclosan). Surg Infect (Larchmt). 2007;8(2):201-207. (119401 200824) 3. Ming X, Rothenburger S, Nichols MM. In vivo and in vitro antibacterial efficacy of PDS Plus (polydioxanone with triclosan) suture. Surg Infect (Larchmt). 2008;9(4):451-457. (119401 200824) 4. Barbolt TA. Chemistry and safety of triclosan, and its use as an antimicrobial on Coated VICRYL® Plus Antibacterial Suture (coated polyglactin 910 suture with triclosan). Surg Infect (Larchmt). 2002;3(suppl):S45-S53. (119401 200824) 5. Ethicon, Su 06TRO71, Study Report for in vitro evaluation of microbial barrier properties of DERMABOND™ ProTape December 2006. Data on File. (142228 200603)

Ethicon Endo-Surgery (Europe) GmbH
Hummelsbütteler Steindamm 71
22851 Norderstedt, Germany

www.jnjmedicaldevices.com

ETHICON
Ethicon Endo-Surgery, a Johnson & Johnson Company

© Ethicon Endo-Surgery (Europe) GmbH 2021, 101716 210719 EMEA

 **Ortomedic**



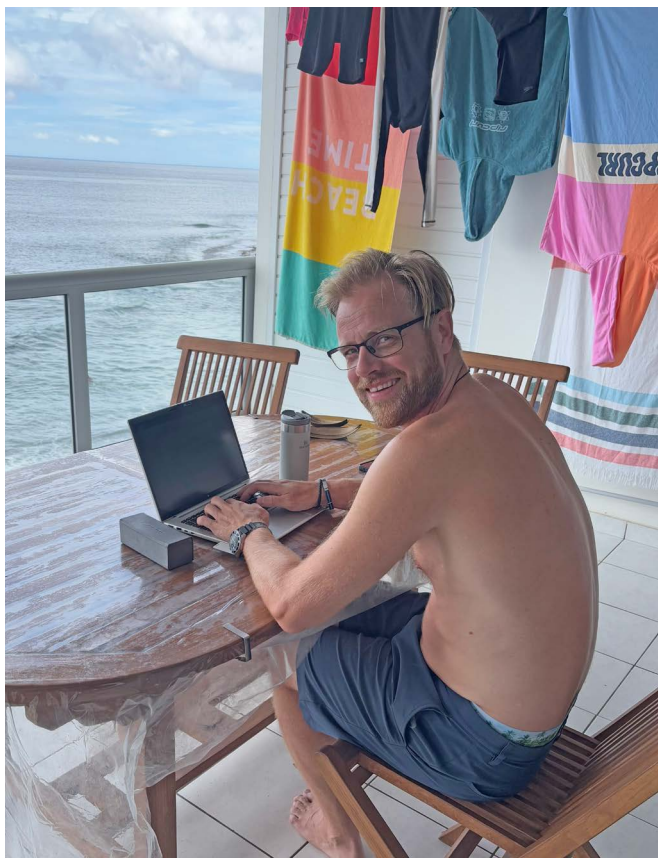
"All the Small Things ..."

Helg er superdigg! Fri, sove lenge, være på hytta, tur med familien, ta et glass vin eller en pils, god mat, gjøre ett eller annet spennende. Kanskje jobbe litt med et artig prosjekt eller en hobby. Jeg digger helg.

Kjartan Koi, redaktør

Men så kommer søndag ettermiddag, og helgen er over. Man er hjemme igjen, Eliteseriekampene er ferdigspilt, hytte-bagen utpakket og man begynner så smått å innse at det om noen få timer igjen er en ny uke, og ny hverdag. Kvelden kommer etter hvert, ungene går (omsider ...) og legger seg, og man finner sin faste plass i sofaen. Dette er tidspunktet hvor undertegnede svært ofte begynner å lure på "hva skal jeg gjøre på jobb i morgen, egentlig?" Opp med PCen, inn i DIPS, så åpenbarer svaret seg. "Skal vi se, dagkirurgi ja. To litt større inngrep, før vi runder av med to Mortons. En klassiker."

"Alltid er det ett eller to småinngrep på slutten, en slags dessert på tampen av dagen. Eller kanskje snarere som den siste biten av middagen som man egentlig ikke har så lyst på ..."



Bare noe småtteri

Mortons ja. Eller ganglion. Eller noe metall som skal fjernes (som gjerne noen andre har hatt gleden av å sette inn), karpaltunnel. Alltid er det ett eller to små-inngrep på slutten, en slags dessert på tampen av dagen. Eller kanskje snarere som den siste biten av middagen som man egentlig ikke har så lyst på, men som man bare må få svelget unna. "Bare noe småtter, går fort".

For en stund tilbake satt jeg og fjernet et basalcellecarcinom på håndbaken til en eldre kvinne. Det var ikke spesielt stort, trengte ingen fancy hudlapp eller hudtransplantasjon, og ikke var den farlig heller. Enkelt og greit, lite båtsnitt, frie render, bort med den, direkte lukking, bandasje, adjø! Men mens jeg satt der, kom jeg til å tenke at det nå er godt over 20 år siden jeg startet som medisinstudent en varm augustdag i Oslo, og det har altså endt med dette. Etter alle timene på lese-salen, alle eksamenene, alle kursene og alle vaktene, så sitter jeg altså her og fjerner ufarlige, små hudforandringer på eldre damer. Hvordan endte jeg her?! Med disse små-greiene?!

Foto: © Anette Rasmussen Koi.



"All the Small Things" ... Fortsatt ...

"... en "never ending story" bestående av små, og ofte, kjappe oppgaver. Men det er mange av dem! Og det kommer stadig fler!"

Tidvis synes jeg at jeg temmelig drukner i småting. "Kan du ordne en resept? Kan du vurdere et røntgenbilde? Kan du bare se på dette? Kan du vurdere henvisningen?" Arbeidslisten i DIPS er som en "never ending story" bestående av små, og ofte, kjappe oppgaver. Men det er mange av dem! Og det kommer stadig fler! Jeg pleier å fleipe med at jeg kunne gått av med pensjon allerede nå som 40-åring hvis jeg bare hadde fått en 10er for hver gang jeg hører "kan du bare...". Småting i bøtter og spann!

I tillegg er det ikke til å legge skjul på at som ortoped som for det meste sysler med hender og føtter, så blir det mye småkirurgi. En Kirschner-pinne her og en liten skrue der. Joda, jeg har av og til noen lange operasjoner jeg også. Men det blir liksom likevel litt spakt når protesegjengen forteller om deres 7 timers revisjonsproteseoperasjon, der de har slitt ut 3 operasjonssykepleiere, spist lunsj gjennom et sugerør stukket inn bak munnbindet, og mistet 5 kg kroppsvæske underveis. Jeg mener, hvor mange karpaltunneler kunne man ikke ha spaltet på 7 timer ...?!

"... bak de små tingene er det mennesker. Små problemer er også problemer. Og for disse menneskene betyr det veldig mye ..."

Men det er da man må finne glede i nettopp de små tingene. For selv om fjerning av basaltcellecarcinom nok ikke er det kirurgisk mest spennende man gjør, så fikk jeg en dame med et stort smil om munnen, og et oppriktig "Hjertelig tusen takk" da hun storfornøyd gikk ut av døren. For bak de små tingene er det mennesker. Små problemer er også problemer. Og for disse menneskene betyr det veldig mye at man har mulighet til å løse selv de små problemene. Det betyr mye for de som faktisk trenger den resepten, og for pasienten bak den henvisningen som ligger på arbeidslista di i DIPS.

De små tingene betyr noe

Dette gjelder jo selvfølgelig også oss i helsevesenet. De små tingene betyr noe. Det er ikke alltid det er tid og anledning til lange og dype samtaler med kollegene, men et "Hei, håper du får en bra dag!" og et klapp på skulderen tar ikke lange tiden. En "tommel opp" til en ung LIS som har sitt ferskeste post-op røntgenbilde oppe til vurdering på morgenmøtet, en "high five" til operasjonssykepleieren når siste suturen for dagen er satt, eller et "jeg tar den vakta for deg, jeg" til kollegaen som har det litt tungt om dagen. Det er ofte ikke så mye som skal til, for at andres dag plutselig blir mye bedre.

Noe som jeg også håper er med på å gjøre dagen, og sommeren, deres bedre, er denne utgaven av NOPen! Her finner du artikler blant annet om trøblete caput radii-frakturer, 5 årsresultater fra NORDSTEN-studien, hvordan det er å være ortoped under Ski-VM, og støyproblemer under ortopediske operasjoner. LIOS forklarer hvordan man skal bli ortoped, og vi får lære mer om en tysk fysiker som oppdaget noe han kalte "X-Strahlen". Det burde med andre ord være noe for enhver smak!

Jeg håper alle får en flott sommerferie, både om de har små og store planer. Før den tid må nok jeg jobbe meg gjennom morgendagens operasjonsprogram, hvor jeg ikke blir forundret om det siste inngrepet utføres med en viss Blink-182-låt på stereo – "turn the lights off, carry me home!"

Evig deres,
Redaktøren



MODULUS

Surface. Structure. Imaging.

Adhering to the principles of Advanced Materials Science, Modulus™ is intelligently designed for improved osseointegration,¹ biomechanics,² and imaging properties. The Modulus™ portfolio features XLIF, ALIF, TLIF, and ACDF interbody implants, all of which are fully porous titanium (Ti) and designed to provide a favorable environment for bone ingrowth¹ while enhancing visualization compared to traditional Ti interbody implants.

Visit nuvasive.com/AMS to learn more.

Kontakt: Globus Medical Norway AS.
Tlf: 992 74 980, email: omichalsen@globusmedical.com

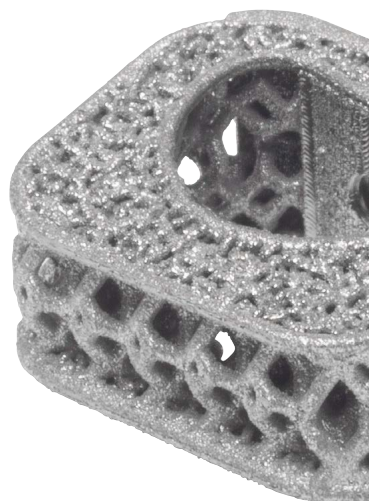
1. Preclinical data on file. Data may not be representative of clinical results. TR 9604787.

2. Representative coupon, preclinical data on file. Data may not be representative of clinical results. TR 9604781.

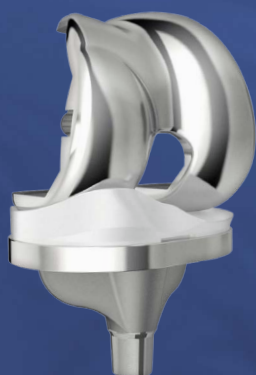
Patient results and recovery may vary.

For important product safety information, visit nuvasive.com/eIFU

Contact us at nuvasive.com/Contact

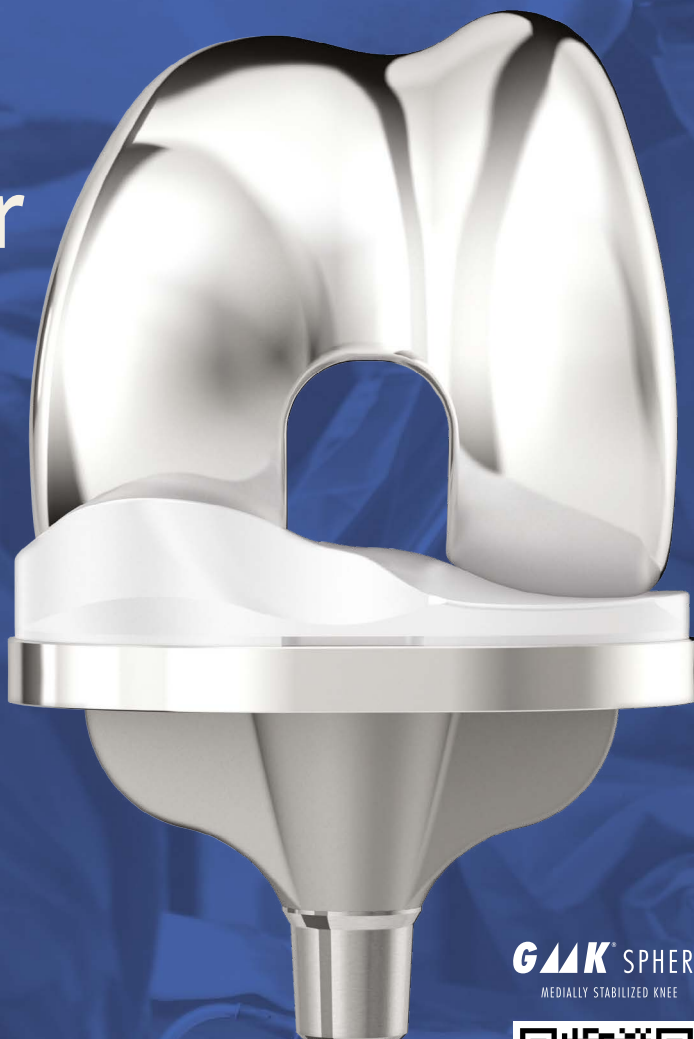


What if
there's
a smarter
way?



medacta
International 

Medivatus is the proud distributor of GMK® Sphere in Norway.



GMK SPHERE
MEDIALY STABILIZED KNEE



GMK Sphere knee implant – stability for life

GMK Sphere is an innovative total knee implant designed to deliver maximum functional stability with the goal of increasing TKA patient satisfaction during activities of daily living and decreasing post-operative knee pain.

Patient reports indicate that Ball-in-Socket implants feel more natural, provide greater strength when

walking up and down stairs, offer superior single-leg weight bearing, and feel more stable both in general and during bending.

GMK Sphere is part of a complete system that includes GMK Revision and GMK Hinge. GMK Sphere has a 10A ODEP rating.

medivatus.com

 **MEDIVATUS**



Gledelig sommer!

Per-Henrik Randsborg, leder NOF.

Våren kom tidlig i år, så frukttrærne var allerede avblomstret da styret i Norsk ortopedisk forening arrangerte vårmøtet (Spring Meeting) for Nordisk Ortopedisk Forening (Store NOF) i Oslo 15. og 16. mai. Vårmøtet arrangeres annet hvert år (det året det ikke er nordisk kongress), og samler styrene fra de åtte medlemslandene i NOF. I år var det vår tur til å være vert, fordi det er vi som skal arrangere Nordisk kongress i 2028. Mer om det etterpå.

Møtet i Oslo ble en stor suksess, om jeg skal si det selv, og ikke bare pga strålende sommervær og en nypyntet by klar for 17. mai. Det var rekordstort oppmøte, med 50 deltagere, inkludert hele styret i Young NOF, som består av lederne av foreningene for leger i ortopedisk spesialisering i de åtte landene (LIOS). Det er en ganske nyoppstartet del av NOF, dannet som et nettverk av LIS leger i ortopedi. Formålet er å etablere et internasjonalt samarbeid med fokus på utdanning, fellowships og forskning. Det var første gang Young NOF har vært med på vårmøtet, etter at de ble stiftet i 2023. NOF president Søren Kold fra Danmark, har et

”... Søren Kold fra Danmark, har et uttalt ønske om å fornye NOF, som har hatt en litt lei tendens til å være litt ”gubbete”, om jeg kan bruke et sånt uttrykk (det kan jeg jo, for jeg er gubbe selv) ...”

uttalt ønske om å fornye NOF, som har hatt en litt lei tendens til å være litt ”gubbete”, om jeg kan bruke et sånt uttrykk (det kan jeg jo, for jeg er gubbe selv). Young NOF er en del av denne fornyelsesprosessen, som vi startet allerede under NOF kongressen i Vilnius

i 2022. Det neste steget er at Young NOF skal få eget symposium om utdanning under den nordiske kongressen som går av stabelen i København i november neste år.

Acta Orthopaedica på plass

Acta Orthopaedica var også på plass på vårmøtet i Oslo. Acta eies jo 100 % av NOF. Acta har tatt flere grep for å sprøyte litt ung energi inn i NOF, som jeg nevnt i denne spalten tidligere. Acta sluttet å komme med papirutgaver i 2022, og er nå kun på nett. Det er fremdeles gratis for medlemmer av NOF å publisere i Acta, men artikler fra ikke-NOF land (eller fra forfattere i NOF land som ikke er medlem av sin nasjonale ortopediske forening) må betale en såkalt Article Processing Charge (for tiden 2400 Euro). I tillegg har Acta nå startet med en egen artikkelserie som heter Acta Educational. Dette er en serie publikasjoner som skal ta for seg ulike temaer innen ortopedien, spesielt der det har skjedd endringer de siste årene, skrevet av internasjonale ledende forskere og ortopeder. Den første er publisert, og flere kommer i løpet av de neste månedene, blant annet et par fra Norge.

NOF kongress i Oslo i 2028

En annen som var til stede på vårmøtet i Oslo var Berte Bø. Hun har sagt ja til å være Congress President for NOF kongressen som skal avholdes i Oslo i 2028. Det er tre år til, men vi begynner så smått å planlegge

CORAIL™



Over 85.000 implanterte stammer
i Norge i perioden 1987–2023 *

- Stor sortimentsbredde
125° og 135° CCD vinkel
- 99 % overlevelse etter 10 år **
- 88,4 % overlevelse etter 30 år **

 **DePuy Synthes**
THE ORTHOPAEDICS COMPANY OF Johnson & Johnson

Vil du vite mer om våre leddproteser?
Ring oss på 67 51 86 00 eller besøk ortomedic.no.

 **Ortomedic**

* Nasjonalt register for leddproteser - Årsrapport 2024

** How Does Implant Survivorship Vary with Different Corail Femoral Stem Variants? Results of 51,212 Cases with Up to 30 Years of Follow-up from the Norwegian Arthroplasty Register. Melby et.al. Clin Orthop Relat Res (2021) 00:1-12

Leder Fortsatt ...

dette allerede over sommeren. Planen er å kombinere den nordiske kongressen med vårt eget høstmøte. Det vil si, samme tid (uke 43) og sannsynligvis samme sted (Plaza), men noe forandringer i programmet for å tilpasse oss NOF kongressen. For eksempel vil alle abstrakter og foredrag det året være på engelsk, og noen tradisjonelle symposier vil bli erstattet av NOF-kongress symposier (for eksempel det overnevnte Young NOF symposiet). Men detaljer er naturligvis ikke på plass ennå.

Få generelle ortopediske konferanser

Det er få generelle ortopediske konferanser igjen. AAOS' Academy i USA har blitt meget dyrt, det er langt å reise, og med dagens politiske situasjon har de opplevd et stort fall i internasjonalt tilreisende ortopeder. Det har vært en trend i lengre tid; det er færre som besøker de store kongressene. I 2019 var det ca. 30.000 deltagere på Academy, mens i år kom det bare 14.000, altså mer enn en halvering av antall deltagere siden før pandemien.

Dette fører naturligvis til et enorm inntektsstap for foreningene som arrangerer kongressene. Effort er et godt eksempel. Antall foredragsholdere har falt fra 2200 til 1500 de siste fem årene, og det er færre tilreisende til



Vår neste leder (?) i arbeid.

Young NOF board, Oslo 2025. Bak fra venstre:

Casper Quispel (President), Luuk de Wert (Vice president and secretary), Kaarel Ernits og Hrafn Thordarson. Ishanee Nirmalanathan, Liisa Viita-aho, Christina Frölich Frandsen, [sett inn] og Pranciškus Bakutis. Ikke avbildet: Arvid von Konow.

Fotos: Ishanee Nirmalanathan.



POLARSTEM[◇] + R3[◇] graduates at the top of its class



Scan QR
code for more
information

**Best construct, Best bearing,
Best-in-class solution.**

- POLARSTEM & R3 shows the highest survivorship of all Uncemented THRs with **98.46% at 10 years¹**
- OXINIUM/XLPE shows the highest survivorship of all bearing combinations with **98.04% at 10 years²**
- Significantly higher patient satisfaction, allowing patients to live a **life unlimited^{3**}**

According to analysis of the National Joint Registry (England, Wales and Northern Island)

Smith+Nephew

POLAR3[◇]
Total Hip Solution

R3 Acetabular
System
ODEP 10A*

New Rating!
ODEP 10A*
POLARSTEM
Cementless Hip
System

◇Trademark of Smith+Nephew. All Trademarks acknowledged. ©June 2021 Smith+Nephew 30031-uki

References 1. National Joint Registry for England, Wales and Northern Ireland: 17th Annual Report. Available at: <http://www.njrcentre.org.uk/njrcentre> Accessed 23 September 2020. 2. Davis ET, Pagkalos J, Kojjar B. Bearing surface and survival of cementless and hybrid total hip arthroplasty in the National Joint Registry of England, Wales, Northern Ireland and the Isle of Man. JBJS OA. 2020;5:e0075. Available from: JBJS OA. 3. National Joint Registry for England, Wales and Northern Ireland: POLARSTEM cementless (Oxinium/XLPE/R3 cup) bespoke summary report. 14 August 2019. Available at: http://bit.ly/POLAR3_Aug2019

Orthopaedic Data Evaluation Panel (ODEP). Available at <http://www.odep.org.uk> Accessed 17/05/2021.

**Compared to all other cementless stems in NJR, p=0.001

We thank the patients and staff of all the hospitals in England, Wales and Northern Ireland who have contributed data to the National Joint Registry. We are grateful to the Healthcare Quality Improvement Partnership (HQIP), the NJR Steering Committee and staff at the NJR Centre for facilitating this work. The views expressed represent those of the authors and do not necessarily reflect those of the National Joint Registry Steering Committee or the Health Quality Improvement Partnership (HQIP) who do not vouch for how the information is presented.

The data used for this analysis was obtained from the National Joint Registry ("NJR"). The Healthcare Quality Improvement Partnership ("HQIP"), the NJR and/or its contractor, Northgate Public Services (UK) Limited ("NPS") take no responsibility for the accuracy, currency, reliability and correctness of any data used or referred to in this report, nor for the accuracy, currency, reliability and correctness of links or references to other information sources and disclaims all warranties in relation to such data, links and references to the maximum extent permitted by legislation.

Leder Fortsatt ...

kongressen. Efort sliter nå med meget dårlig økonomi, og har vært/er på randen av konkurs. Styret skal til kongressen i Lyon i juni for å holde oss oppdatert om hva som skjer i det ortopediske felleskapet for ortopeder.

Vi i styret ønsker derfor å satse mer på det nordiske samarbeidet fremover, det vil si NOF, NOF kongressen og Acta. Det er dyrt å delta i store internasjonale kongresser, som ofte også er preget av (for) sterk innflytelse fra industrien. Den nordiske visjonen, om evidensbasert ortopedi, passer oss i Norge godt. Den nordiske kongressen, som avholdes annethvert år, er et ypperlig sted for å presentere og diskutere forskning og utvikling innen ortopedi, med fokus på klinisk relevante utfallsmål, kostnadseffektivitet og bærekraft.

”Den nordiske visjonen, om evidensbasert ortopedi, passer oss i Norge godt. Den nordiske kongressen [-] er et ypperlig sted for å presentere og diskutere forskning og utvikling innen ortopedi ...”

Det er også et glimrende sted for unge forskere å presentere sine resultater internasjonalt, og vi håper at Young NOF vil få flere unge ortopeder til å oppdage denne arenaen. Neste mulighet blir i København 11.-13. november 2026. Save the date!

Det skjer andre saker og ting

Men det er ikke bare i NOF det skjer saker og ting. Når dette skrives er det under en uke til Legeforeningen skal avholde sitt Landsstyremøte i Fredrikstad. Det blir valgt inn et nytt sentralstyre, men det er forventet at president Anka Rime blir gjenvalgt for en tredje periode. Og til høsten er det stortingsvalg, og den første partilederdebatten har allerede funnet sted. Helsepolitikk blir som alltid en het potet i valgkampen, og det blir spennende å se hvordan ventetidsstunnet til Vestre til slutt påvirker valgresultatet.

Men før vi får vite det er det sommer, og jeg håper alle får tid til å koble helt av, uten skjerm, eposter og fritidspoliklinikker.

God sommer!



Per-Henrik Randsborg på Spring Meeting for Nordisk Ortopedisk Forening (Store NOF) i Oslo 2025.

Fotos: Ishanee Nirmalanathan



CAPUT RADII

Vakker, viktig og vanskelig

Bakgrunn – Caput radii fraktur er en vanlig fraktur hos både yngre og eldre. 85 % av bruddene skjer hos aldersgruppen 30-60 år. Caput radii pivoterer/dreier mot capitellum og roterer mot ulna og 60 % av kraftoverføringen i albuen i fleksjonsbevegelse går gjennom humeroradial leddet. Caput radii har en sentral funksjon i albuen for posterolateral stabilitet. Den er en aksial/longitudinell stabilisator sammen med insterossusmenbranen og DRUJ, noe som er viktig særlig ved Essex Lopresti skader. Den er også en sekundær valgusstabilisator i albueleddet.

Ingri Aunet Tyldum, St. Olavs hospital

Frakturmønster og dislokasjonsgrad avgjør behandlingsvalg. Caput radii fraktur foreligger ofte i sammenheng med større albueskader og luksasjoner og jo mer komminutt caput radii frakturen er, jo større er sjansen for ligamentær skade og behov for ligamentrekonstruksjon. Caput radii frakturer klassifiseres etter modifisert Mason-Johnston. Mason-klassifikasjonen ble publisert i British Journal of Surgery i 1954. Johnston la til en fjerde type i 1962 som omfattet caput radii frakturer med samtidig albueluksasjon. Videre kom Hotchkiss med enda en modifikasjon i 1997 der han la til mekanisk rotasjonsblokk som kirurgisk behandlingsveiledning for Mason type 2.

Flere modifikasjoner

I de senere år har det kommet flere modifikasjoner der særlig skille mellom stabile og ustabile Mason type 2 vektlegges, dette som behandlingsveiledning for frak-

turer med 2-5 mm nedpressing der diskusjonen mellom konservativ og operativ tilnærming har vært. Stabile frakturer er de med kortikal kontakt mellom bruddfragmentene, altså mindre enn 2 mm gap.

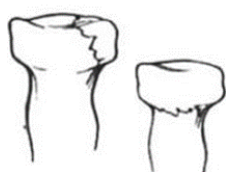
“... tap av kortikal kontakt hos minst 1 bruddfragment økte sannsynligheten for tilleggsskade 21 ganger.”²

Det er et viktig poeng for valg av behandling å adressere tilleggsskader og forutsi om frakturen er stabil. Rineer et al viste i sin studie at tap av kortikal kontakt hos minst 1 bruddfragment økte sannsynligheten for tilleggsskade 21 ganger.²

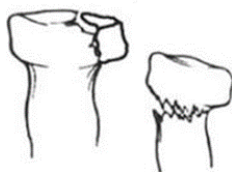
Fraktur i anterolaterale hjørne av caput er også mer assosiert med tilleggsskader.

Figur 1: Mason-Johnston klassifikasjon (modifisert Hotchkiss).⁷

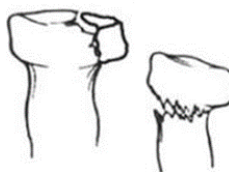
Type I



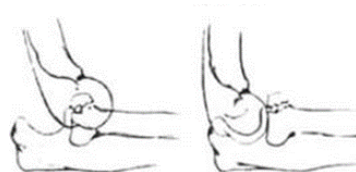
Type II



Type III



Type IV



I en nederlandsk RCT av Mulders et al¹ fra 2021 der man så på stabile Mason type 2 frakturer, altså frakturer som omfattet minst 1/3 av leddflaten og minimum 2 mm step i leddflaten, med kortikal kontakt. Her fant man ingen forskjell etter 12 måneder mellom operativt og konservativt behandlede. I studien ble både operativ og konservativ gruppe behandlet med tidlig mobilisering, det vil si oppfordret til fleksjon, ekstensjon, supinasjon og pronasjon etter 48 timer med avlastning/ro.

”Caput radii har en billedskjønn og morsom fremtoning, men byr på operasjonstekniske store utfordringer.”

Billedskjønn og utfordrende

Caput radii har en billedskjønn og morsom fremtoning, men byr på operasjonstekniske store utfordringer. For Mason type II (med mekanisk blokk) og Mason III/IV er behandlingsvalg ORIF, reseksjon av caput radii eller protese.

Alle inngrepene har fordeler og ulemper og behandlingsvalg er fortsatt under debatt. Reseksjon er forbeholdt de uten valgusinstabilitet, altså ikke ligamentære skader og i hovedsak har det blitt brukt hos eldre pasienter med ”low demand”. Longitudinel instabilitet, proksimal migrasjon av radius, albueluksasjon, økt valgusstilling, redusert grepsstyrke og ulnar nevropati er kjente komplikasjoner til prosedyren.

Caput radii og MCL spiller en viktig rolle sammen i stabilisering av albuen. Ved caput radii fraktur med stor knusning og samtidig ruptur av MCL, vil albuen innta valgusfeilstilling om det ikke gjøres osteosyntese eller innsetting av protese samtidig som en vurderer sutur av MCL.

ORIF består ofte av en miniplate, 1,5-2,0 mm som plasseres i den ikke-artikulære delen av caput. Plater er indisert der man har fraktur som affiserer collum radii.



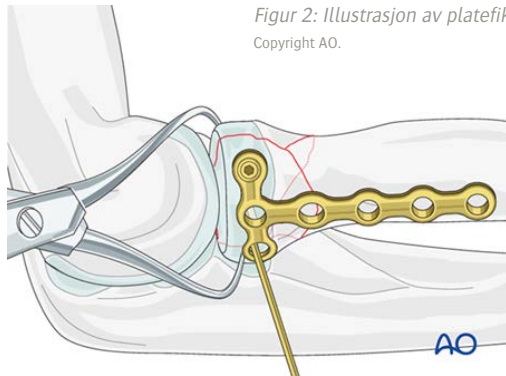
Bilde 1: Mason type 2 med kortikal kontakt.

Copyright: Privat.



Bilde 2: Reseksjon av caput radii med samtidig ruptur av MCL. Albuen inntar valgusfeilstilling.

Copyright: Privat.



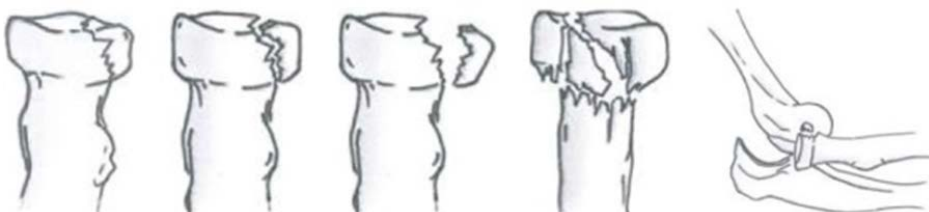
Figur 2: Illustrasjon av platefiksasjon.

Copyright AO.

ORIF har non union og havari av fiksasjon som vanlige komplikasjoner. Flere studier peker på at frakturer med flere enn 3 fragmenter gjør det dårligere med ORIF og at proteser har bedre pasientfornøydhets, mindre komplikasjoner og bedre resultat enn ORIF for Mason type 3 frakturer.⁵

Figur 3. Skille mellom konservativ og operativ behandling går mellom stabile og ustabile Mason type 2.³

Nondisplaced Displaced stable Displaced unstable Comminuted Fracture with elbow dislocation





CAPUT RADII

Vakker, viktig og vanskelig

Protese brukes ved kominutte frakturer eller ved havarete osteosynteser. Aseptisk løsning, overstuffing, stivhet og smerte er de vanligste komplikasjoner. I hovedsak er det 3 metallproteser i bruk: løse stammer, pressfit stammer og sementerte stammer, tilhørende sirkulære bipolare, sirkulære monopolare og anatomiske hoder.⁶

Caput radii frakturer St. Olavs hospital 2009-2022

Med bakgrunn i at man opplevde mye reoperasjoner av caput radii frakturer ved St. Olavs hospital gjennomførte undertegnede, i samarbeid med Lars Gunnar Johnsen og Sølvi Liabakk-Selli, en kvalitetsregisterstudie på aktuelle frakturer operert i tidsrommet 2009-2022. Studien undersøkte om de interne oppfatningene ved avdelingen samsvarer med funn fra journalgjennomgangen, med fokus på kirurgiske metoder, behandlingsresultater og reoperasjonstype. Samtidig ønsket vi å sammenligne funn ved vår avdeling med tall fra litteraturen.

Det ble utført 118 primæroperasjoner av caput radii frakturer i tidsperioden 2009-2022, 5-15 frakturer årlig.

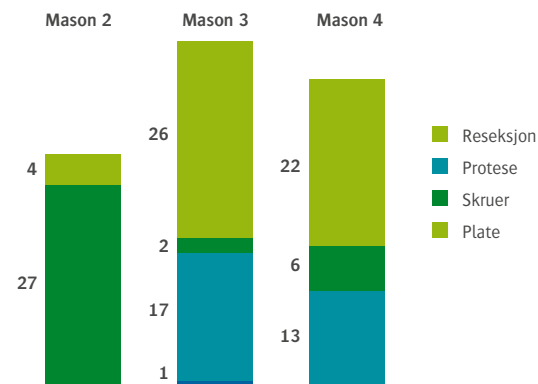
35 frakturer av Mason type II, 42 Mason type III og 41 Mason type IV ble operert.

Mason type II frakturere ble operert med plate i 8 tilfeller og 27 fikk skruer. Mason type III og IV ble evaluert felles – her fikk 52 plate og skruer og 30 fikk protese.

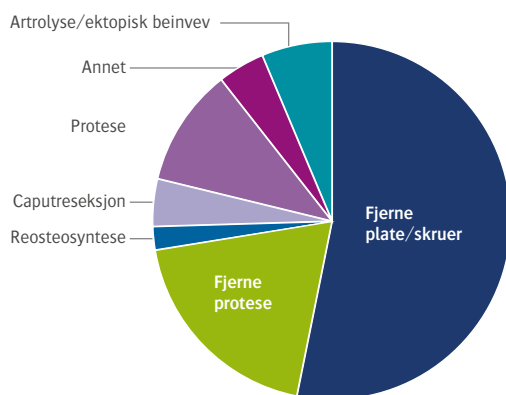
I vår gjennomgang fant vi at 14 % av Mason type II ble reoperert. Av Mason III og IV ble 50,6 % reoperert. Platefjerning utgjorde halvparten av reoperasjoner i sistnevnte gruppe. 30 % av de som ble primært operert med protese ble reoperert med fjerning av protesen. Dette stemmer med tall fra litteraturen som viser reoperasjonsrate på opptil 1/3 ved protese.⁶

Stivhet/reduert ROM er hovedårsak til fleste reoperasjoner. I litteraturen gjenfinnes stivhet som klar hovedårsak til reoperasjon. En stor retrospektiv multisenterstudie fra Tyskland der man gikk igjennom reopererte caput radii frakturer viser også dette.⁴

Denne studien beskriver også at ved Mason type 4 frakturer er instabilitet andre viktigste revisjonsårsak, og posterolateral instabilitet utgjør hovedandelen av instabilitetene.



Figur 4: Operasjonstype fordelt etter Masontype.



Figur 5: Reoperasjonsprosedyre Mason 3+4.

Reoperasjon med fjerning av ostemat var imidlertid ikke like hyppig forekommende (24 %) i deres studie, mot 50 % hos oss. Imidlertid har pasientene som fikk fjernet ostemat klart seg med kun en reoperasjon og man kan jo da diskutere om dette er en reell komplikasjon eller en forventet sekundær prosedyre. Pasientfornøydhet er imidlertid ikke kartlagt.

I studien fra Tyskland er artrolyse vanligste revisjonsprosedyre. Dette ble utført i liten utstrekning som singelprosedyre hos oss.

” ... [vi] fant noe overraskende at frakturtypene Monteggia og Terrible triad ikke direkte økte reoperasjonsrisiko.”

Lokal injeksjons- behandling av ledd¹

- Langvarig effekt^{2,3,4}
- Virker lokalt - liten systemisk påvirkning^{1,4}



Se webinar om injeksjonsteknikk

Skann QR-koden og se webinar om injeksjonsteknikk. Du registrer deg da samtidig for å motta invitasjon fra Viatris.

Indikasjon: Injeksjonsvæske til behandling av revmatoid artritt, artrose, bursitt, synovitt og tendinit.

Tilberedning/Håndtering: Strengt aseptiske forholdsregler skal overholdes. Inneholder mikrokrySTALLinsk triamcinolonhexacetamid, som tillater bruk av meget fin kanyler. Rist glasset godt før bruk for å sikre en ensartet suspensjon.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

Kontraindikasjoner: Systemisk soppinfeksjon. Overfølsomhet for innholdsstoffene. Nylig vaksinasjon med levende virus.

Lokalbehandling: Ved lokal virus- og bakterieinfeksjon, f.eks. tuberkulose og gonorré.

Forsiktighetsregler: Injeksjon i sener bør unngås. Ved utvikling av alvorlige reaksjoner eller akutte infeksjoner under behandlingen, skal preparatet seponeres og nødvendige forholdsregler iverksettes. Kvinner bør informeres om at menstruasjonsforstyrrelser/vaginal blødning etter menopause kan forekomme.

Bivirkninger: Vanligste bivirkninger er hevelse, smerte og varmekfølelse i behandlet ledd. Systembivirkninger er sjeldne, men kan forekomme ved gjentatte periartikulære behandlinger. Forbigående binyrebarksuppresjon er påvist første uken etter injeksjonen. Dette forsterkes ved samtidig behandling med ACTH/peroral steroidbehandling.

Administrering: Kun til lokal injeksjon i ledd (intraartikulært/periartikulært). Skal ikke injiseres i ustabile ledd. NB! Skal ikke gis intravenøst, subkutan, eller intramuskulært.

Pakninger og priser: Hettegl.: 1ml kr 150,40, 12 x 1 ml kr 1406,50, 50 x 1ml kr 5745,60. **Reseptgruppe C. Refusjonsberettiget bruk:** Inflamatoriske leddlidelser. Ved organtransplantasjon. **Refusjonskoder:** ICPC-koder: -51 Organtransplantasjon (vilkår 136), L88 Reumatoid artritt/reumatisk sykdom, L99 Leddlidelse ved inflammatorisk tarmsykdom, L99 Psoriasisartritt. ICD-koder: M05 Seropositiv reumatoid artritt, M06 Annen reumatoid artritt, M07 Leddlidelse ved psoriasis og inflammatorisk tarmsykdom, M08 Juvenil artritt, M13.0 Uspesifisert polyartritt, M45 Ankyloserende spondylitt, M46.1 Sakroiliitt, ikke klassifisert annet sted, M46.8 Andre spesifiserte inflammatoriske lidelser i ryggstøylene, Z94 Status etter transplantert organ og vev (vilkår 136). Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 13.09.2022. Se preparatomtale (SPC) eller felleskatalogen for utfyllende informasjon.

1. Lederspan SPC 13.09.2022, avsnitt 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.8, 5.1.

2. Zulian F Comparison of intra-articular triamcinolone hexacetamide and triamcinolone acetate in oligoarticular juvenile idiopathic arthritis. Rheumatology 2003;42:1254-1259.

3. Zulian F Triamcinolone acetate and hexacetamide intra-articular treatment of symmetrical joints in juvenile idiopathic arthritis: a double-blind trial. Rheumatology 2004; 43(10):1288-1291.

4. Caldwell JR. Intra-articular corticosteroids. Guide to selection and indications for use.

*<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8891463> Drugs. 1996 Oct;52(4):507-14.



CAPUT RADII

Vakker, viktig og vanskelig

I vår gjennomgang fant vi noe overraskende at frakturtypene Monteggia og Terrible triad ikke direkte økte reoperasjonsrisiko. Reoperasjonsfrekvensen på disse sett for seg var ca. 45 %. Gjenoppretting av stabilitet i albuen er svært viktig, og ved disse frakturtypene ser det i vårt materiale ut til at en i økende grad setter inn caput radii protese i stedet for å gjøre osteosyntese, og dette med sikte på å sikre en stabil situasjon.

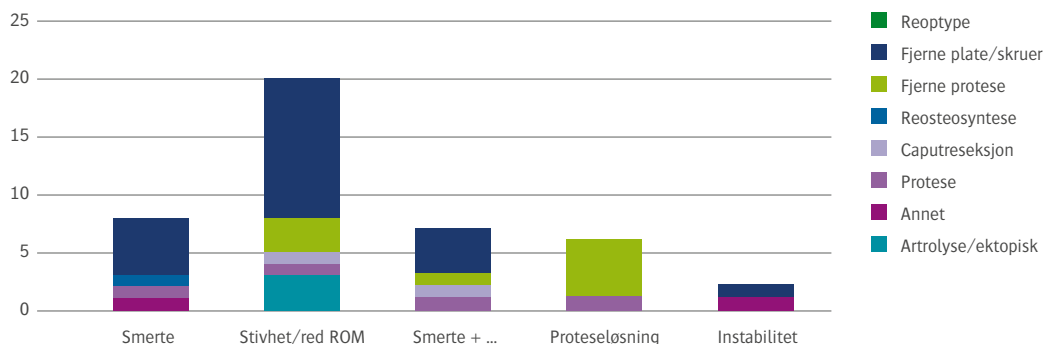
Ser man isolert på Mason type 3 frakturer, altså uten frakturluksasjoner som terrible triad og Monteggia, var reoperasjonsfrekvensen den samme, ca. 50 %. Vi gjorde ikke noen systematisering av frakturene ut fra antall frakturelementer innad i Mason type 3 gruppen, noe som kunne vært interessant.

Oppsummering

Mason type 2 frakturer med kortikal kontakt bør behandles konservativt med tidlig mobilisering. For Mason type 3 og type 4 frakturer er det ingen konsensus

i valg av operasjonsmetode, men litteraturen peker mot protese for frakturer med mer enn 3 frakturfragmenter, og særlig oppmerksom skal man være ved Monteggia-frakturer og der man mangler posterolateral og medial stabilitet. Både ORIF og protese har høy reoperasjonsrisiko og mye komplikasjoner. Fremtidshåpet er nye protesedesign som anatomiske proteser og løse stammer som viser gode resultater, men man har foreløpig ikke vist i studier at noen protesetyper er bedre enn andre. I likhet med andre proteser bør man registrere og utføre langtidsoppfølging av caput radii proteser for å komme nærmere en forståelse av hva som fungerer og ikke.

”Fremtidshåpet er nye protesedesign som anatomiske proteser og løse stammer som viser gode resultater ...”



Figur 5: Reoperasjonsprosedyre per reoperasjonsårsak for Mason type 3+4.

Kilder

- Mulders MAM, Schep NWL, de Muinck Keizer RO, Kodde IF, Hoogendoorn JM, Goslings JC, Eygendaal D. Operative vs. nonoperative treatment for Mason type 2 radial head fractures: a randomized controlled trial. J Shoulder Elbow Surg. 2021 Jul;30(7):1670-1678. doi: 10.1016/j.jse.2021.02.025. Epub 2021 Mar 19. PMID: 33753275.
- Craig A. Rineer, Thierry G. Guittton, David Ring. Radial head fractures: Loss of cortical contact is associated with concomitant fracture or dislocation, Journal of Shoulder and Elbow Surgery, Volume 19, Issue 1.
- Kodde IF, Kaas L, Flipsen M, van den Bekerom MP, Eygendaal D. Current concepts in the management of radial head fractures. World J Orthop. 2015 Dec 18;6(11):954-60. doi: 10.5312/wjo.v6.i11.954. PMID: 26716091; PMCID: PMC4686442.
- Hackl M, Wegmann K, Hollinger B, El-Zayat BF, Seybold D, Gühring T, Schnetzke M, Schmidt-Horlohé K, Greiner S, Lill H, Ellwein A, Glanzmann MC, Siebenlist S, Jäger M, Weber J, Müller LP. Surgical revision of radial head fractures: a multicenter retrospective analysis of 466 cases. J Shoulder Elbow Surg. 2019 Aug;28(8):1457-1467. doi: 10.1016/j.jse.2018.11.047. Epub 2019 Feb 1. PMID: 30713065.
- Swensen SJ, Tyagi V, Uquillas C, Shakked RJ, Yoon RS, Liporace FA. Maximizing outcomes in the treatment of radial head fractures. J Orthop Traumatol. 2019 Mar 23;20(1):15. doi: 10.1186/s10195-019-0523-5. PMID: 30904970; PMCID: PMC6431334.
- Heijink A, Kodde IF, Mulder PGH, Veltman ES, Kaas L, van den Bekerom MPJ, Eygendaal D. Radial Head Arthroplasty: A Systematic Review. JBJS Rev. 2016 Oct 18;4(10):e3. doi: 10.2106/JBJS.RVW.15.00095. PMID: 27792673.
- <https://upload.orthobullets.com/topic/1019/images/screen%20shot%202012-11-05%20at%202.04.26%20pm.jpg>

KEBOMED

LINOS

for hand fracture treatment



HBS2

for the treatment of fractures and non-unions in small bones



CANOS

cannulated screws for the treatment of small bone fractures



IXOS®

for the treatment of distal radius fractures



IPS Implants®

Patient specific implants for radius and forearm reconstruction



CapFlex PIP

for endoprosthesis treatment of the PIP joints



GENOS

for internal distraction of metacarpal bones



Flower Plate

for mediocarpal partial arthrodesis



UHP

for treating disorders of the distal radioulnar joint



RECOS®

for ulnar shortening and radius reconstruction osteotomies



Kontakt oss om håndkirurgiprodukter fra vår leverandør

KLS martin
GROUP

Spesialisert leverandør av innovativt medisinsk utstyr



Et nordisk yngre ortopedisk samarbeid?

Omvisning i Oslo med Young NOF 2025. Fra venstre: Luuk de Wert, Liisa Viita-aho, Casper Quispel, Hrafn Thordarson og Ishanee Nirmalanathan.



Sosial event med Young NOF 2025. Foran fra venstre: Luuk de Wert, Ishanee Nirmalanathan, Casper Quispel og Hrafn Thordarson.



Y-NOF

La meg ta dere med tilbake til Rotterdam i 2024. Det er sol, sommerturnusen er rett rundt hjørnet og Nordic Orthopaedic Federation (NOF) arrangerer den 61. NOF-kongressen. Men det viktigste skjer ikke i kongressalen, men i det felles matområdet kl. 09:47. For første gang møtes representanter fra alle de åtte europeiske LIS-foreningene i NOF-landene i den nederlandske byen. LIS-representanter fra Norge, Sverige, Danmark, Finland, Island, Nederland, Litauen og Estland er invitert for å se hva vi kan skape sammen. Hvordan kom det seg til?

Ishanee Nirmalanathan,
representant i Young NOF og styreleder i LIOS.

I forkant av NOF-kongressen i Rotterdam ble LIOS kontaktet av de andre ortopediske LIS-foreningene med et ønske om en LIS-forening under NOF. Hvordan har egentlig medlemsdatene våre det på tvers av landegrensene i sammenlignbare land? I løpet av få digitale møter ble det klart at det var behov for en felles ortopedisk LIS-gruppe i de nordiske landene og Young NOF (Y-NOF) ble en realitet.

Hva gjør vi egentlig?

Siden eventyrets oppstart i 2024 har vi jevnlig hatt digitale møter, og i mai i år samlet vi oss igjen i Oslos gater. Men hva gjør vi egentlig?

Y-NOF er nytt og formbart. Første steg er å undersøke hvordan ortopediske LIS i Norden har det. Young NOF har derfor sendt ut en spørreundersøkelse for å kartlegge blant annet hvor klare LIS føler seg for sin første jobb som ferdig spesialist, hvor selvstendige man er i ulike inngrep og hvor mange inngrep man har gjort av utvalgte prosedyrer. Dette er for å kunne sammenligne og lære av hverandre. Finnes det ting Nederland gjør som Norge kan gjøre bedre? Føler svenske LIS seg mer klare for første jobb som spesialist? Med denne undersøkelsen håper vi å finne ut av dette og mer. Mer langsiktig ser vi for oss å lage en felles platt-



Øverst fra venstre: Young NOF i Oslo 2025, Young NOF i Rotterdam 2024 og sosial kveld med Young NOF.

form for å utveksle informasjon om kurs og fellowships slik at kunnskap kan deles på tvers av grensene.

Første mulighet for deltakelse er allerede under NOF-kongressen neste år.

Danmark neste ...

Nederland har gitt stafettpinne videre til Danmark. Dansk Ortopædisk Selskab skal sammen med NOF arrangere kongressen i København i 2026. Leder og nestleder i den danske LIS-foreningen (YODA) har startet utarbeidelse av en pre-course day i forkant av kongressen i 2026, og vil ha fokus på et program for LIS. Datoen er satt: 10.11.26. Det vil være et faglig og sosialt program og en uvurderlig mulighet til å knytte kontakter med kollegaer på tvers av landegrenser.

LIOS håper at så mange LIS som mulig kan delta på dette.

OPPFORDRING til våre ortopediske LIS

1. Hvis du ikke har svart på spørreundersøkelsen, gå inn på www.norf.org og svar på "Questionnaire for residents"
2. Sjekk ut www.nofcongress2026.org for informasjon om pre-course day i København
3. Følg LIOS på instagram (@lisortopedi), facebook (Leger i ortopedisk spesialisering) og følg Young NOF på LinkedIn for å få med deg det som skjer

"... langsiktig ser vi for oss å lage en felles plattform for å utveksle informasjon om kurs og fellowships slik at kunnskap kan deles på tvers av grensene ..."

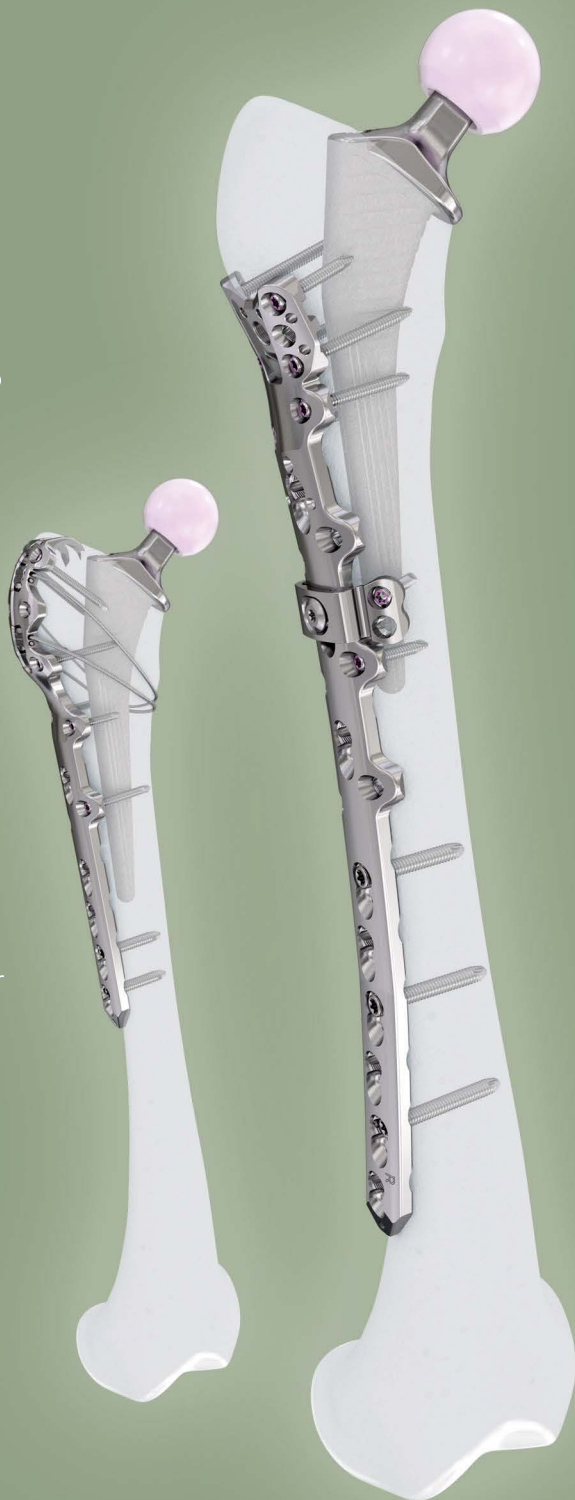
Fellesbilde NOF
Spring meeting
2025,



Periprotese- system fra DePuySynthes

Variable Angle LCP™
Periprosthetic Proximal Femur
Plating System 3.5 / 4.5 / 5.0

 **DePuy Synthes**
THE ORTHOPAEDICS COMPANY OF Johnson & Johnson



Vil du vite mer om våre traumeprodukter?
Ring oss på 67 51 86 00 eller besøk ortomedic.no.

 **Ortomedic**

Nå i revidert utgave:

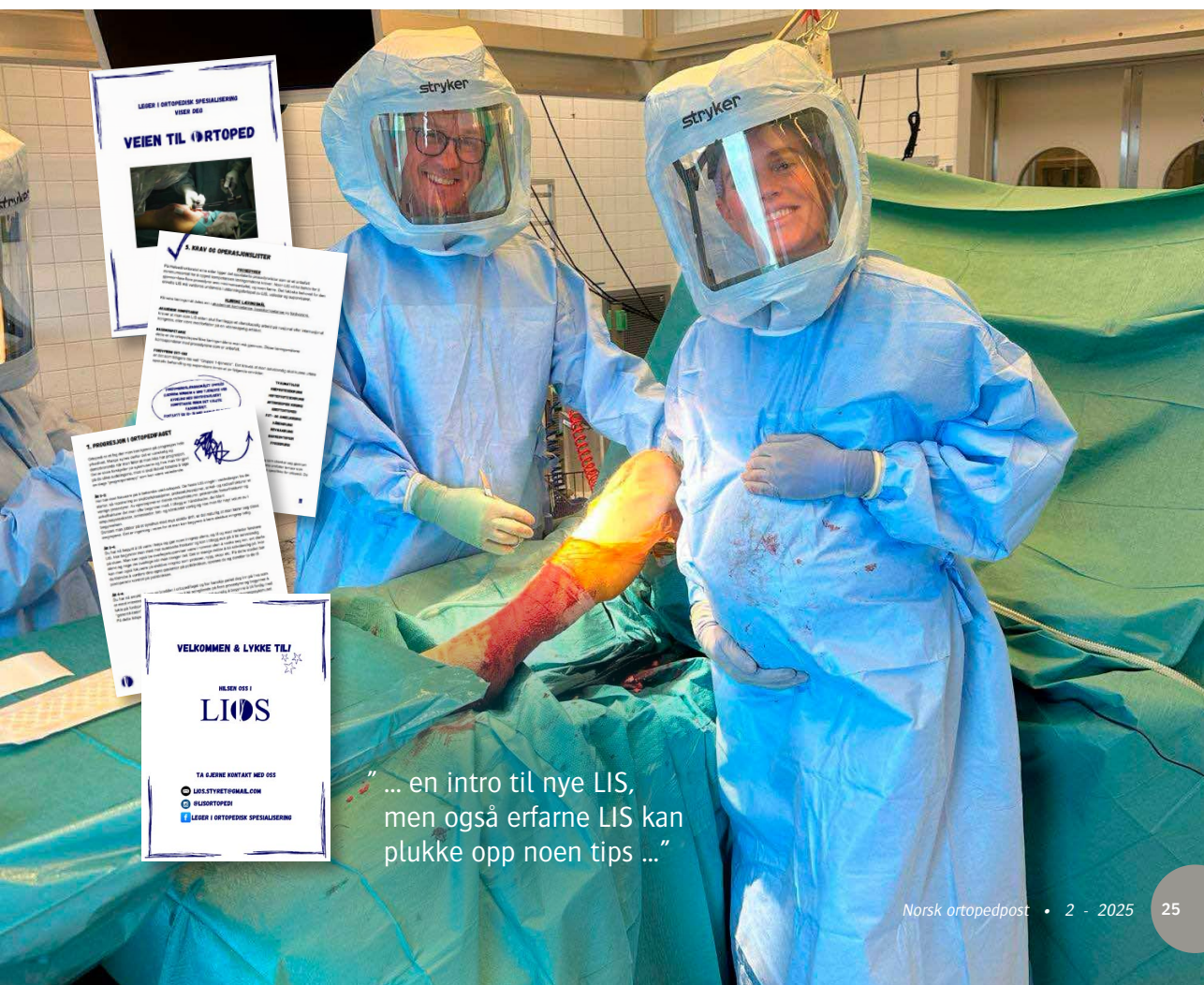
"VEIEN TIL ORTOPED"

Vi har alle vært nye i det ortopediske faget og har sett ut som spørsmålstejn. Hva er en prosedyreliste? Hva er et læringsmål? Hva er "gruppe 1"-tjeneste? Alle disse spørsmålene og flere blir besvart i den reviderte utgaven av "Veien til ortoped".

Eline Hayes og Ishanee Nirmalanathan, LIOS-styret.

"Veien til ortoped" er ment å være en guide som losjer deg fra ortopedisk LIS til spesialist. Den inneholder ikke vakre klassifiseringer av brudd eller drillteknikker for å kjenne hvordan det er rett før skruen går gjennom

cortex – for det har du flinke overleger og eldre LIS til å vise deg. Guiden forsøker å rydde i alt "støyet" rundt spesialiseringen. Hvilke kurs bør man søke på når, hva er mønsteret i dette? Og hva er egentlig høstmøtet



"... en intro til nye LIS, men også erfarne LIS kan plukke opp noen tips ..."



"VEIEN TIL ORTOPEDE" Fortsatt ...



– denne magiske samlingen i oktober som får det til å lyse i alle ortopeders øyne?

"Veien til ortoped" er delt inn i 12 kapitler og tar for seg blant annet ansettelse, krav og rettigheter, kurs, reiseregning, progresjon i ortopedifaget, graviditet i spesialisering, forskning og høstmøtet.

Vi har designet dette heftet som en intro til nye LIS, men også erfarne LIS kan plukke opp noen tips. Vi har prøvd å samle tips vi har fått selv av andre erfarne kolleger, og ting vi gjerne skulle ønske vi hadde blitt fortalt da vi selv startet. Vi håper at "Veien til ortoped" kan være et oppslagsverk for å finne informasjon og å vite hvem man kan ta kontakt med for å finne ut av hva man lurar på. Det er likevel viktig å huske at dette er en guide som skal fungere for ortopediske LIS ved Finnmarkssykehuset like mye som ved Oslo universitets-

sykehus, og det finnes en enorm variasjon i organiseringen av de forskjellige ortopediske avdelingene.

Guiden er under kontinuerlig revisjon og vi tar gjerne i mot tilbakemeldinger om det er noe som må endres, fjernes eller legges til. Disse tas i mot med stor takk på lios.styret@gmail.com

Guiden finnes digitalt på ortopedi.no. Vi håper at "Veien til ortoped" kan være med på å gjøre veien til ortoped litt enklere!

Vi er deres forening og vi jobber for å gjøre hverdagen deres bedre.

Evig deres,
LIOS-styret

Fotos over: Fra kurs på Røros mars 2025.

LIOS-KONTAKTEN

Hver ortopedisk avdeling med LIS-utdanning skal ha en kontaktperson som får informasjon fra LIOS. Kontakten skal videre dele informasjonen fra LIOS til LIS ved sin avdeling. Vi har sendt ut en e-post til eksisterende kontakter. Hvis du vet at det ikke finnes en kontakt på din avdeling, ta kontakt og gi oss beskjed, eller enda bedre; meld deg! Det er lite jobb og det gjør at du får med deg den viktigste informasjonen fra oss.

FØLG OSS!

SOSIALE MEDIER

FACEBOOK

Leger i ortopedisk spesialisering

INSTAGRAM

@lisortopedi

NETTSIDE

ortopedi.no



Styret i LIOS 2025. Fra venstre: Eline Hayes (representant i spesialitetskomiteen), Ishanee Nirmalanathan (leder), Edvard Veia Iversen (sekretær) og Thomas Abel Woldeyesus (kasserer). Ikke til stede: Dana Meknas (nestleder) og Margrethe Aamodt Myhre (styremedlem/postleder).

HUSK!

ÅRSMØTET

til Lios i uke 43!

LIOS

KEBOMED

Spesialisert leverandør av innovativt medisinsk utstyr

Hall Titan - neste generasjon sag og bormaskiner

Primecut+™ Oscillating Saw

- Oscillerende sag og Presisjonssag i samme sag
- Aksepterer både oscillerende sagblader og Primecut sagblader, du velger hva du ønsker
- Kan velge mellom 2 ulike sag hastigheter
- Vaskbare steriliseringsbare Litiumbatterier
- Kompatible med tidligere Hall generasjoner



CONMED



STØY ved ortopediske operasjoner

Støy impulsstøy

Arbeidstakere som utfører ortopediske operasjoner, spesielt hofte- og kneprotesekirurgi, kan i perioder være eksponert for støynivåer som kan gi hørselsskade og andre helseplager. Av den grunn er det svært viktig at ortopediske avdelinger setter forebygging av helseskadelig støy på agendaen.

Hilde Austrheim¹, Anne Marie Lund Eikrem² og Tonje Strømholm³,
hhv. senioringeniør, sjefingeniør & overlege Avdeling for arbeidsmiljø og regelverk, Arbeidstilsynet

Hva er støy?

Støy er definert som uønsket lyd, og måles i desibel (dB). En vanlig samtale ligger på omtrent 65 dB, mens et rop når opp i omtrent 80 dB. Desibelskalaen er slik at hver gang lydeffekten doubles, øker desibelnivået med 3 dB. Lydeffekten av for eksempel 83 dB vil derfor være dobbelt så høy som av 80 dB.

Det er ikke bare støynivået som er avgjørende for om en lyd er skadelig eller ikke. Hvor lenge støyen varer og hvor ofte en blir utsatt for støy, er også viktig.

Helseeffekter av støy

Støy kan skade hørselen, men kan også påvirke helsen på andre måter.

Sterk støy

Langvarig støybelastning kan redusere hørselen gradvis. Det første symptomet er som regel at evnen til å høre høyfrekvente toner svekkes. Dersom det ikke blir gjort noe for å redusere støynivået, kan skaden utvikle seg videre. Etter hvert vil det også bli vanskelig å høre lyder i de lavere frekvensområdene. Sterk støy kan også føre til øresus (tinnitus). Hørselstap forårsaket av støy kan ikke leges.

Impulsstøy

Impulsstøy er svært sterk og kortvarig støy som eksplosjoner, slaglyd, skudd, støy fra spikerpistol, verktøy og liknende. Impulslyd kan gi direkte og uopprettelig skade på hørselen, både i form av hørselstap og kronisk øresus (tinnitus).

Andre helseeffekter

Støy kan være helsefarlig selv når den ikke medfører hørselstap. Støy kan blant annet:

- påvirke hjerte og karsystemet
- gi høyere blodtrykk
- bidra til muskelspenninger, fordøyelsesproblemer med mer
- påvirke ufødte barn
- bidra til stress, selv når lydnivået er relativt lavt
- virke irriterende, trøttende og redusere konsentrasjonsevnen og oppmerksomheten

**GRENSEVERDI
IMPULSSTØY
130 dBC**
HOFTEPROTESEOPERASJON (135)
AVSTIVING AV KNE (129)
SKULDERPROTESEOPERASJON (128)
KNEPROTESEOPERASJON (126)

“ Det er ikke bare støynivået som er avgjørende for om en lyd er skadelig eller ikke. Hvor lenge støyen varer og hvor ofte en blir utsatt for støy, er også viktig. ... ”

Les mer om støy:
arbeidstilsynet.no/risikofylt-arbeid/stoy/

Tiltaks- og grenseverdier for støy

Forskrift om tiltaks- og grenseverdier setter grenser for tillatt lydtryknivå i arbeidsmiljøet.

Ved arbeid på en operasjonssal er tiltaksverdien LEX,1h = 55 dBA. Støygrensen på 55 dBA gjelder for konsentrasjonskrevende arbeid og i et operasjonsteam vil det være høye krav til nøyaktig kommunikasjon. Dette betyr at dersom gjennomsnittsverdien av støyen målt over den mest støyende timen i løpet av arbeidsdagen overskrider 55 dB skal det settes i verk tiltak for å redusere helserisikoen og uheldig belastning til et minimum.

Grenseverdien for impulsstøy er på 130 dBC. Dette er en verdi som ikke skal overskrides.

Støy ved ortopediske operasjoner

Undersøkelser viser at gjennomsnittstøyen ved kneproteseinnsetting varierer i området 83-85 dBA, for hofteproteseoperasjoner var den i området 80-86 dBA. Høyeste impulsstøy ble målt ved hofteproteseoperasjon (135 dBC), avstiving av kne (129 dBC), skulderproteseoperasjon (128 dBC) og kneproteseoperasjon (126 dBC).

Dette er støynivåer som er over nedre tiltaksverdi, og tett oppunder grenseverdien. Dette gjør at arbeidstakere som jobber med dette kan være utsatt for både hørselsskader og andre helseskader.

Hva må virksomhetene gjøre?

På den enkelte arbeidsplass er det viktig at arbeidsgiver sørger for en kartlegging av støynivåene, vurderer risiko for hørsel- og helseskader, og iverksetter tiltak

for å redusere støyen så mye som mulig. Søk bistand hos yrkeshygieniker i bedriftshelsetjenesten som skal ha god kompetanse på dette området.

Ved en ortopedisk avdeling er det flere ulike tiltak som kan redusere støy. Det er viktig at kollektive tiltak som beskytter flest mulig arbeidstakere prioriteres først. Dette kan for eksempel være tekniske tiltak som avskjerming av støy, innbygging av støykilden, utskifting av verktøy som støyer mye og godt vedlikehold av utstyr. Det bør stilles krav til støynivået ved anskaffelse av nytt utstyr.

Andre tiltak kan være arbeidsmetoder som gir mindre støyeksponering. Ved planlegging av nye operasjonsstuer må støydemping inngå i design og utforming. Dersom slike tiltak ikke kan redusere støyen tilstrekkelig kan det være nødvendig å bruke hørselsvern. Bedriftshelsetjenesten har yrkeshygienisk kompetanse som kan bidra med forebyggende tiltak.

Arbeidstilsynets oppfølging

Arbeidstilsynet vil framover følge opp virksomheter med ortopediske avdelinger for å kontrollere at de oppfyller kravene i arbeidsmiljøregelverket.

Referanser

Watts E, Brenno P, Søstrand P et al. Eksponering for støy ved ortopediske prosedyrer. Tidsskr Nor Lægeforen 2012;132:2149. Eksponering for støy ved ortopediske prosedyrer | Tidsskrift for Den norske legeforening
Jeyaraman M, Jeyaraman N, Yadav S, et al. (February 19, 2024) Impact of Excessive Noise Generation in Orthopaedic Operating Theatres: A Comprehensive Review. Cureus 16(2): e54469. doi:10.7759/cureus.54469

CBCT



Planmed Verity

Revolusjonerende 3D ekstremitetsskanner

Den perfekte løsningen til CT-opptak av ekstremiteter
med henblikk på 3D-rekonstruksjon.



Santax Nordic Group:

Decotron AS

Industriveien 1

2020 Skedsmokorset, Norge

Telefon: +47 - 63 87 12 00

Service: +47 - 63 87 12 00

firmapost@decotron.no

Decotron Medical
SANTAX NORDIC GROUP

www.decotron.no



NORDSTEN-DS

5 års resultater

Lumbal spinal stenose (LSS) er en stor og økende ryggtilstand som forekommer hos over 100 millioner på verdensbasis. Den øker i takt med i den aldrende populasjonen, og vil kreve mer og mer helseressurser fremover.

Eric L Kgomotso og Ivar Austevoll, Kysthospitalet i Hagevik, Ortopedisk klinikk, Haukeland universitetssjukehus

Hos om lag 30 % av pasienter med stenose har ryggvirvelen over stenosen glidd fremover i forhold til virvelen under. Tilstanden kalles da for degenerativ spondylolistese (DS). DS er i hovedsak forårsaket av degenerasjon i fasettledd, ligamenter og mellomvirvelskiver.¹ Pasientene med DS er vanligvis over 50 år, og cirka 70 % er kvinner.² Typiske stenosesymptomer er rygg- og bensmerter i oppreist stilling, og redusert fysisk funksjon.³

Hos pasienter som ikke har respondert på konservativ behandling vurderes kirurgisk behandling med dekompresjon av stenosen.⁴ Studier fra tidlig på 1990-tallet⁵⁻⁷ la grunnlag for økende bruk av instrumentert fusjon som tillegg til dekompresjon av spinalkanalen. Fusjonskirurgi ble raskt den foretrukne kirurgiske metoden,^{8,9} også i Norge.

Praksisendring

Det har i de siste årene blitt publisert resultater fra randomiserte studier med oppfølgingstid på 2 år, inkludert NORDSTEN-DS,¹⁰⁻¹² som har gitt evidens for at dekompresjon uten fusjon er tilstrekkelig behandling for DS pasienter. Dette har ført til praksisendring i Norge og Sverige, hvor fusjonsraten er redusert fra over 50 % til under 10 %. De som i dag fusjoneres i Norge er stort sett pasientgrupper som ble ekskludert fra NORDSTEN-studien. Selv om det uoffisielt rapporteres om praksisendring i andre land er omfanget av praksisendring usikkert. Et av argumentene for å fortsatt fusjonere er at dette er nødvendig for gode resultater over lengre tid. RCT-er med fullverdige resultater med lengre oppfølging enn 2 år har manglet. Femårs-



NORDSTEN

”Pasientene med degenerativ spondylolistese er vanligvis over 50 år, og cirka 70 % er kvinner ...”



resultater ble publisert i British Medical Journal. I denne artikkelen presenteres det 5 års resultater av NORDSTEN-DS studien.

Metode

Studien ble gjennomført ved 16 norske offentlige ortopediske og nevrokirurgiske avdelinger. Pasienter under 80 år med symptomatisk spinal stenose og glidning på 3 mm eller mer i sideplan på stående røntgen ble inkludert. Vi inkluderte pasienter selv om de hadde kliniske eller radiologiske funn som indikerte "instabilitet", slik som dominerende ryggsmarter, tydelig økt glidning eller vinkelending på fleksjon-ekstensjonsbilder, eller økt væske i bueleddene. Vi ekskluderte pasienter som var operert før i samme nivå som stenosen, hadde skoliose mer enn 20 grader, hadde uttalt foraminal stenose eller hadde gjennomgått fraktur eller fusjon i nedre del av ryggen. Inkluderte pasienter ble randomisert til enten dekompresjon eller dekompresjon med instrumentert fusjon.

Hovedutfallsmålet var 30 % eller mer reduksjon i Oswestry Disability Index (ODI; 0-100 poeng, hvor 100 er verst) fra preoperativt til 5-års oppfølging,

"Studien ble gjennomført ved 16 norske offentlige ortopediske og nevrokirurgiske avdelinger ..."

definert som vellykket behandling. Sekundære utfallsmål inkluderte gjennomsnittsendring i ODI, Zurich Claudication Questionnaire, Numeric Rating Scale for ben og ryggsmarter, og EuroQol Group 5-Dimension (EQ-5D). Påfølgende kirurgi på samme nivå eller på lumbale nabonivåer var definert som reoperasjon.

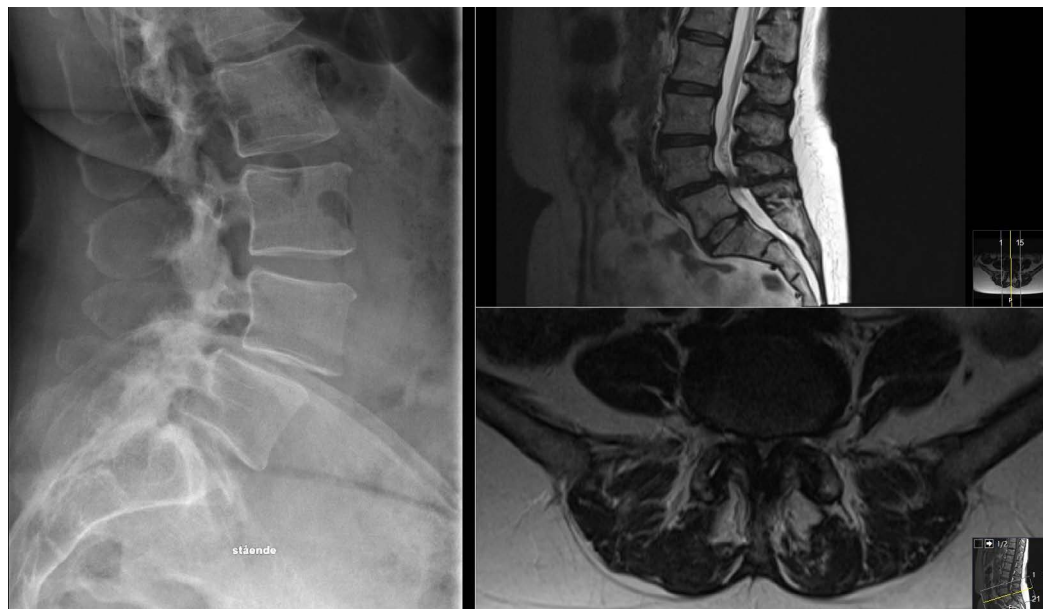
Resultater

Fra 12 februar 2014 til 18 desember 2017 ble 134 deltagere randomisert til dekompresjon og 133 til dekompresjon med instrumentert fusjon. Gjennomsnittsalder var 66 år, og 69 % var kvinner. Ved oppfølging etter fem år hadde 88 % av pasientene data på hovedutfallsmålet. I "intention-to-treat" analyse med multiple imputasjon av missing data, hadde 84/133 (63,2 %) i dekompresjonsgruppen og 81/129 (62,8 %) i fusjonsgruppen ≥ 30 % reduksjon i ODI, en forskjell på 0,4 prosentpoeng. Tilsvarende resultater i per-protocol analysen var 65/100 (65,0 %) og 59/89 (66,3 %), en forskjell på -1,3 prosentpoeng.

Begge analysene viste "non-inferiority" for dekompresjon. Begge 95 % konfidensintervallene for forskjell i andel med ≥ 30 % ODI-reduksjon var innenfor den predefinert grensen (-15 % prosentpoeng) for non-inferiority. Gjennomsnittlig endring i ODI fra baseline til 5 år var -17,8 i begge gruppene.

Resultatene av de andre sekundære utfallsmålene var i samme retning som hovedutfallsmålet.

Degenerativ spondylolistese i L4/L5 på stående røntgen og MR LS columna.





NORDSTEN-DS 5 års resultater

Fortsatt ...

Fra 2- til 5-års oppfølging ble en ny lumbal operasjon utført i 5 % av pasientene i dekompresjonsgruppen og 10 % i fusjonsgruppen. Tilsvarende reoperasjonsrate for hele oppfølgingstiden (5 år) var 16 % og 18,4 %.

Konklusjon

Resultater fra NORDSTEN-DS viste at kun dekompresjon ikke gir dårligere klinisk resultat eller mer reoperasjoner enn dekompresjon med instrumentert fusjon fem år etter operasjon. Dette styrker evidens for at dekompresjon uten fusjonskirurgi bør være førstevalget ved behandling av pasienter med degenerativ spondylolistese.

” ... styrker evidens for at dekompresjon uten fusjonskirurgi bør være førstevalget ved behandling av pasienter med degenerativ spondylolistese ... ”

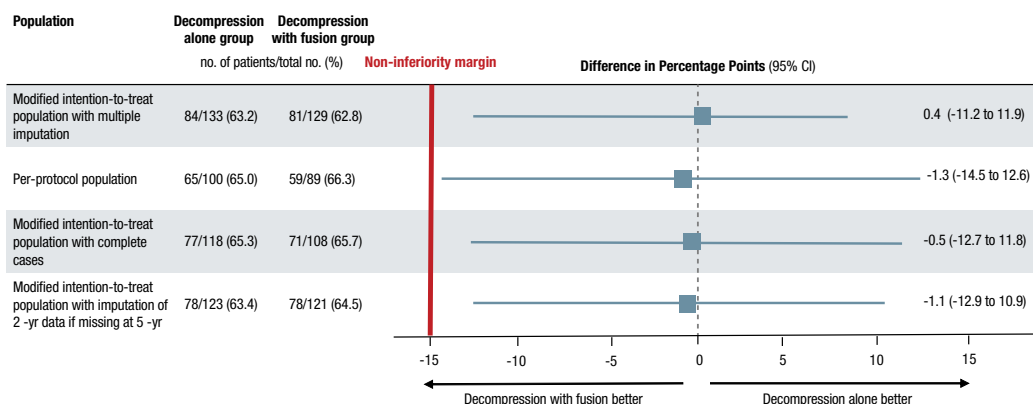
Andre studier

I sekundære analyser av data fra NORDSTEN-DS fant vi at såkalte instabilitetstegn ikke var assosiert med bedre resultat dersom de ble gjort fusjonskirurgi¹³ og at samsvar mellom kirurgens foretrukne behandling (med eller uten fusjon; registrert før randomisering) og behandling bestemt av randomisering ikke var assosiert med bedre resultat av kirurgi.¹⁴ Vi holder nå på med helseøkonomiske analyser for å sammenligne kostnader per kvalitetsjusterte leveår mellom de to behandlingene.

Takk

Vi vil rette en stor takk til alle studiekoordinatorer og kirurger som har lagt ned betydelig arbeid for å få gjennomført studien. Takk også til Helse Midt, Helse Vest, og Stiftelsen Sophie Minde for økonomisk støtte, til Helse Sunnmøre (Ålesund sjukehus) som har hatt ansvar for økonomisk drift og administrasjon, og til FORMI (UiO) som har hatt ansvar for logistikk og koordinering av studien.

Figur 1. 5-års resultater av NORDSTEN-DS



Lenke til artikkel:

Decompression alone or with fusion for degenerative lumbar spondylolisthesis (Nordsten-DS): five year follow-up of a randomised, multicentre, non-inferiority trial | The BMJ. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj-2024-079771>



NORDSTEN-DS 5 års resultater

Fortsatt ...

Referanser

1. Newman PH Degenerative spondylolisthesis. *Orthop Clin North Am*1975; 6:197-8. doi:10.1016/S0030-5898(20)31211-6 pmid:1089933
2. RK, Harhangi BS, Huygen F, Koes B. Lumbar spinal stenosis. *BMJ*2021;373: n1581. doi:10.1136/bmj. n1581. pmid:34187838
3. Lurie J, Tomkins-Lane C. Management of lumbar spinal stenosis. *BMJ*2016;352:h6234. doi:10.1136/bmj.h6234. pmid:26727925
4. Rosenberg NJ. Degenerative spondylolisthesis: surgical treatment. *Clin Orthop Relat Res*1976;(117):112-20. pmid:132322
5. Fischgrund JS, Mackay M, Herkowitz HN, Brower R, Montgomery DM, Kurz LT. 1997 Volvo Award winner in clinical studies. Degenerative lumbar spondylolisthesis with spinal stenosis: a prospective, randomized study comparing decompressive laminectomy and arthrodesis with and without spinal instrumentation. *Spine (Phila Pa 1976)*1997; 22:2807-12. doi:10.1097/00007632-199712150-00003 pmid:9431616
6. Herkowitz HN, Kurz LT. Degenerative lumbar spondylolisthesis with spinal stenosis. A prospective study comparing decompression with decompression and intertransverse process arthrodesis. *J Bone Joint Surg Am*1991; 73:802-8. doi:10.2106/00004623-199173060-00002 pmid:2071615
7. Kornblum MB, Fischgrund JS, Herkowitz HN, Abraham DA, Berkower DL, Dittkoff JS. Degenerative lumbar spondylolisthesis with spinal stenosis: a prospective long-term study comparing fusion and pseudarthrosis. *Spine (Phila Pa 1976)*2004; 29:726-33, discussion 733-4. doi: 10.1097/01.BRS.0000119398.22620.92 pmid:15087793
8. Kepler CK, Vaccaro AR, Hilibrand AS, et al. National trends in the use of fusion techniques to treat degenerative spondylolisthesis. *Spine (Phila Pa 1976)* 2014; 39:1584-9. doi:10.1097/BRS.0000000000000486. pmid:24979276
9. Martin BI, Mirza SK, Spina N, Spiker WR, Lawrence B, Brodke DS. Trends in lumbar fusion procedure rates and associated hospital costs for degenerative spinal diseases in the United States, 2004 to 2015. *Spine (Phila Pa 1976)*2019; 44:369-76. doi:10.1097/BRS.0000000000002822. pmid:30074971
10. Austevoll IM, Hermansen E, Fagerland MW, et al. NORDSTEN-DS Investigators. Decompression with or without fusion in degenerative lumbar spondylolisthesis. *N Engl J Med*2021; 385:526-8. doi:10.1056/NEJMoa2100990. pmid:34347953
11. Försth P, Ölafsson G, Carlsson T, et al. A randomized, controlled trial of fusion surgery for lumbar spinal stenosis. *N Engl J Med* 2016; 374:1413-23. doi:10.1056/NEJMoa1513721. pmid:27074066
12. Inose H, Kato T, Yuasa M, et al. Comparison of decompression, decompression plus fusion, and decompression plus stabilization for degenerative spondylolisthesis: a prospective, randomized study. *Clin Spine Surg*2018;31: E347-52. doi:10.1097/BSD.0000000000000659. pmid:29877872
13. C. Hellum, F. Rekeland, M-C Småstuen et al. Surgery in degenerative spondylolisthesis: does fusion improve outcome in subgroups? A secondary analysis from a randomized trial (NORDSTEN trial). *The Spine Journal*2023; 1529-9430: 1613-1622. doi.org/10.1016/j.spinee.2023.06.386.
14. Seip A, Hellum C, Fagerland MW et al. Surgeon Recommendation and Outcomes of Decompression With vs Without Fusion in Patients With Degenerative Spondylolisthesis. *JAMA Netw Open*. 2025 Jan 2;8(1): e2453466. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.53466. PMID: 39777439; PMCID: PMC11707628.

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

Anatomy defines the shape.



We used our decades of experience in anatomical prosthesis design for the development of a new cementless hip.

The result comes close to nature:

The anatomically shaped LINK® **SP-CL®**. It follows a concept that has proven its success in registries* and clinical studies like the LINK® **SP II®** Hip System.

Waldemar Link GmbH & Co. KG · www.linkorthopaedics.com · info@linkhh.de

Distributør: Link Norway AS · Energivegen 5 · 2069 Jessheim · firmapost@linknorway.no · +47 22 72 16 80

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

LINK® 
Moving on.



Vårdagene 2025 med NFHKK

LOFOTEN leverte



Om noen var i tvil – det finnes en plass på jord der faglig påfyll, ørnesafari og glade ortopededer kan sameksistere i perfekt harmoni. Det stedet heter Lofoten. Velkommen til postkortet!

Lars Engseth, Oslo universitetssykehus

Når NFHKK inviterer til Vårdagene, kommer vi ikke bare for å snakke om proteser – vi kommer for å oppleve. Og opplevelse ble det. Under en himmel så blå at selv lokalbefolkningen ble mistenksomme, ankom entusiastiske hofte- og kneeksperter fra hele landet det nordnorske kysteventyret. Noen med solbriller. Alle med forventninger.

“ Det er ikke hver dag man diskuterer sementmantel og bløtdelsproblematikk med utsikt mot midnattssol ... ”

Allerede onsdag kveld, etter registrering og høytidelig utstillingsopprigg, samlet vi oss på hotellet for middag – og kanskje et glass eller to med nordnorsk stemning. Det er ikke hver dag man diskuterer sementmantel og bløtdelsproblematikk med utsikt mot midnattssol.

TORS DAG:

Revisjoner og ørnesafari

Torsdag morgen sparket vi i gang med solid faglig kost. Ove Furnes fra registeret åpnet med status på revisjoner, med innslag av både PROMS og fremtidsutsikter. Kort sagt: vi har mye å gjøre, men vi har også et klart bilde av hva som må gjøres.

Derfra tok det ikke lang tid før Peter Grant og Otto Schnell Husby ledet oss trygt gjennom utredning av plagsommem hofte, revisjonsstrategier og implantatvalg – tydelig og innsiktsfullt, som alltid. Pål Borgen

og Sjur Børsheim bidro med praktiske råd om sement, implantatvalg og frakturer.

Etter lunsj var det kneets tur. Stephan Röhrle og Peter Grant tok for seg problematiske proteser, men også hvordan vi skal gjøre det godt fra starten. Ikke minst viste de hvorfor det er viktig med grundig balanse og presisjon. Stephan introduserte oss for kirurgens leve-regler – vi kan alle lære å snu i tide, særlig før kirurgi! Torjus Wester, plastikkirurg ved Bodø og Kalnes, tok oss gjennom de mange lappemetodene for å dekke, når vi en sjelden gang har komplikasjoner ... tenke seg å ha det da!?

Dagen ble rundet av med kasuistikker og en vital ribtur med ørnesafari for noen og tur til Djevelporten for andre. La oss bare si det slik: det var ikke bare fuglene som var majestetiske.

Middagen på Børsen Spiseri ble et kapittel for seg. God mat. God vin. Glimrende historier. På turen tilbake til hotelet ble vi jaget inn på Baccalao. De fleste fikk hydrert godt og kom seg omsider til riktig seng.

FREDAG:

Infeksjoner og Kahoot

Fredag morgen startet med alvor. Øystein Karlsen og Olav Lutro tok oss rett inn i det komplekse landskapet rundt proteseinfeksjoner. DAIR, 1-seanse og 2-seanse-revisjoner ble grundig belyst, og Jørgen Nordskar fulgte opp med hvordan vi kan få pasienten tilbake i god funksjon postoperativt. En nyttig påminnelse om at kirurgi ikke stopper når stingene er sydd.

Dagens høydepunkt for mange var forelesningen fra Rhidian Morgan-Jones, som digitalt tok oss gjennom 1-seanse-revisjoner med britisk presisjon og velvalgte formuleringer. Paneldebatten som fulgte, avslørte at meningene (som vanlig hos ortopeder) er mange – og termaturlmålaren i salen viste mildt sagt økende engasjement.

Før lunsj fikk vi bryne oss på interaktiv Kahoot, med heder, ære og heftig konkurranseinstinkt i potten. Noen vant. Andre husker fortsatt ikke hva spørsmål tre handlet om. Det er sånn det skal være.

OPPSUMMERING:

Når fag og fjell møtes

NFHKKs vårdager 2025 ble ikke bare et møtepunkt for oppdatering innen hoft- og kneproteser – det ble en festival for faglig fellesskap, nye perspektiver og nordnorske naturopplevelser som kan konkurrere med både revisjoner og robotkirurgi.

Tusen takk til alle som bidro – fra forelesere til deltakere og arrangører. Og spesielt til Lofoten, som denne gangen bestemte seg for å vise seg fra sin mest postkortvennlige side.

Vi ses neste år – med enda flere spørsmål, bedre svar, og forhåpentligvis like godt vær.

Lofoten viste seg fra sin beste side.

”Tusen takk [-] spesielt til Lofoten, som denne gangen bestemte seg for å vise seg fra sin mest postkortvennlige side ...”

” ... [fredagens] høydepunkt for mange var forelesningen fra Rhidian Morgan-Jones, som digitalt tok oss gjennom 1-seanse-revisjoner med britisk presisjon og velvalgte formuleringer ...”

Vårdagene 2025 med NFHKK

DATO:

21.-23. mai 2025

STED:

Magiske Lofoten

TEMA:

Proteserevisjoner i hoft og kne – er det noe nytt, og hvordan ser fremtiden ut?





Trondheim 2025



Ski VM, nordiske grener gikk av stabelen i Granåsen i Trondheim fra 25. februar til 9. mars 2025. I det ansatte teamet under VM var ortopedi godt representert.

Jon Olav Drogset, medisinsk sjef, Ski VM 2025

Bakgrunnen for det medisinske opplegget for arrangementet var de medisinske kravene beskrevet i FIS Medical Guide (2020). I tillegg var den basert på "Generelle retningslinjer for medisinsk beredskap for store arrangementer i Norge" utarbeidet av Helsedirektoratet. Hensikten med prosedyren var å avklare ansvar, roller, utstyrsbehov og evakueringsrutiner.

Registrering av skader og sykdom

Cim-skjema online på hver enkelt mobiltelefon med GDPR sikker registrering ble brukt. Dette ga medisinsk leder mulighet til å kjøre ut daglig statistikk over skader og sykdommer

Rekrutterte frivillige leger

I tillegg til de ledende legene rekrutterte vi syv anestesileger og syv anestesisykepleiere med lang erfa-

ring med luftambulansetjenesten. I tillegg deltok 20 frivillige leger og 31 frivillige sykepleiere under VM. Vi hadde en administrator av sykestua og en infeksjons-sykepleier. Programmet var tett pakket og i tillegg til langrenns- programmet under foregikk det hoppkonkurranser og trening praktisk talt hele tiden.

Medisinske poster i løypa

Disse postene bestod av 2 sykepleiere (GPS merket) på alle postene og leger på utvalgte poster. Røde Kors snøscooter med pulk og 2 personer på 2 poster.

Utstyr på hver post

En radio per lag. Ryggsekk med: Saks, enmannspakke, plaster, bandasjer, engangsmasker og defibrillator. I tillegg bæreseil for transport av skadde pasienter på utvalgte poster i ulendt terreng der det var vanskelig



En fin gjeng klar til å bistå under Ski VM i Trondheim.



Jon Olav Drogset, arrangementssjef for sanitets- og redningstjenesten.

å komme til med snøscooter Ulltepper for å hindre avkjøling av pasienter som ble liggende nede. Det var rullering av postene hver dag.

Medisinske fasiliteter

Sykestua lå rett nedenfor langrennsstadion og hadde også egen ambulanseinngang. I tillegg hadde vi tre behandlingsrom i arenaene.

Akuttmedisinske ressurser

Den medisinske hjelpen ble i hvert enkelt tilfelle ble bemannet etter kompleksiteten av skadene og sykdommene hos utøvere, ledere, ansatte og tilskuere.

Postene ute i løypene utførte førstehjelp og varsling. Hvis det var behov for ytterligere assistanse, ble ytterligere kompetanse tilkalt på snøscooter.

På hvert arrangement under VM var det to traumelag på stadion/i sykestuen bestående av 2 anestesileger og 2 anestesisykepleier som kunne rykke ut.

Disse to lagene var til stede og transportert i tilfelle alvorlige skader og livstruende tilstander. De var utstyrt med medisiner og en nød ryggsekk fra Luftambulansens oppsett, samt en multimonitor med innebygd hjertestarter som også brukes i luftambulansetjenesten.

Utrykningstiden for en skadet/livstruende syk idrettsutøver var maksimalt 4 minutter i hele arenaen. Dette er i henhold til kravet i FIS Medical Guide.

MEDISINSK LEDELSE

Jon Olav Drogset

Arrangementssjef for sanitets- og redningstjenesten
Professor ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Ortopedisk kirurg ved St. Olavs hospital

Ingri Aunet Tyldum

Assisterende leder medisin
Ansvarlig for de frivillige i medisin
Ortopedisk kirurg ved St. Olavs hospital

Steinar Einvik

Leder for livreddende førstehjelp og evakuering stasjonert i KO
Anestesilege ved St. Olavs hospital og i Norsk Luftambulanse

Gøril Lund Snorroeggen

Leder medisin langrenn
Ortopedisk kirurg ved St. Olavs hospital

Henning Warø Andresen

Leder medisin skihopping
Ortopedisk kirurg ved St. Olavs hospital

Are Løset

Leder for sykestue og smittevern
Fastlege Granåsen lege senter

Håkon Gammelsæter

Sykepleier, koordinator sykestue



Henning Warø Andresen, Ingri Aunet Tyldum og Gøril Lund Snorroeggen.



Trondheim 2025



Pasient fra
en rolig
kveldsvakt.

Under VM var en ambulanse fra Røde Kors stasjonert i beredskap ved målområdet for langrenn og to ambulanser i beredskap plassert i enden av hoppbakken.

Medisinsk behandling sykestue

Are Løset var ansvarlig for sykestua med Håkon Gammelsæter som koordinator. I sykestua jobbet akuttleger, allmennleger, sykepleiere og ambulansepersonell.

Oppgaver:

1. Primær stabilisering av pasienter
2. Triage
3. Poliklinikk for tilskuere, ansatte og idrettsutøvere

Åpningstider: Normalt fra 08.00-21.30

Vi hadde avtale med følgende helsetjenester utenfor arenaen: Trondheim Kommunale Legevakt, St. Olavs hospital, tannleger, apotek, Evidia røntgen og Rosenborgklinikken Fysioterapi.

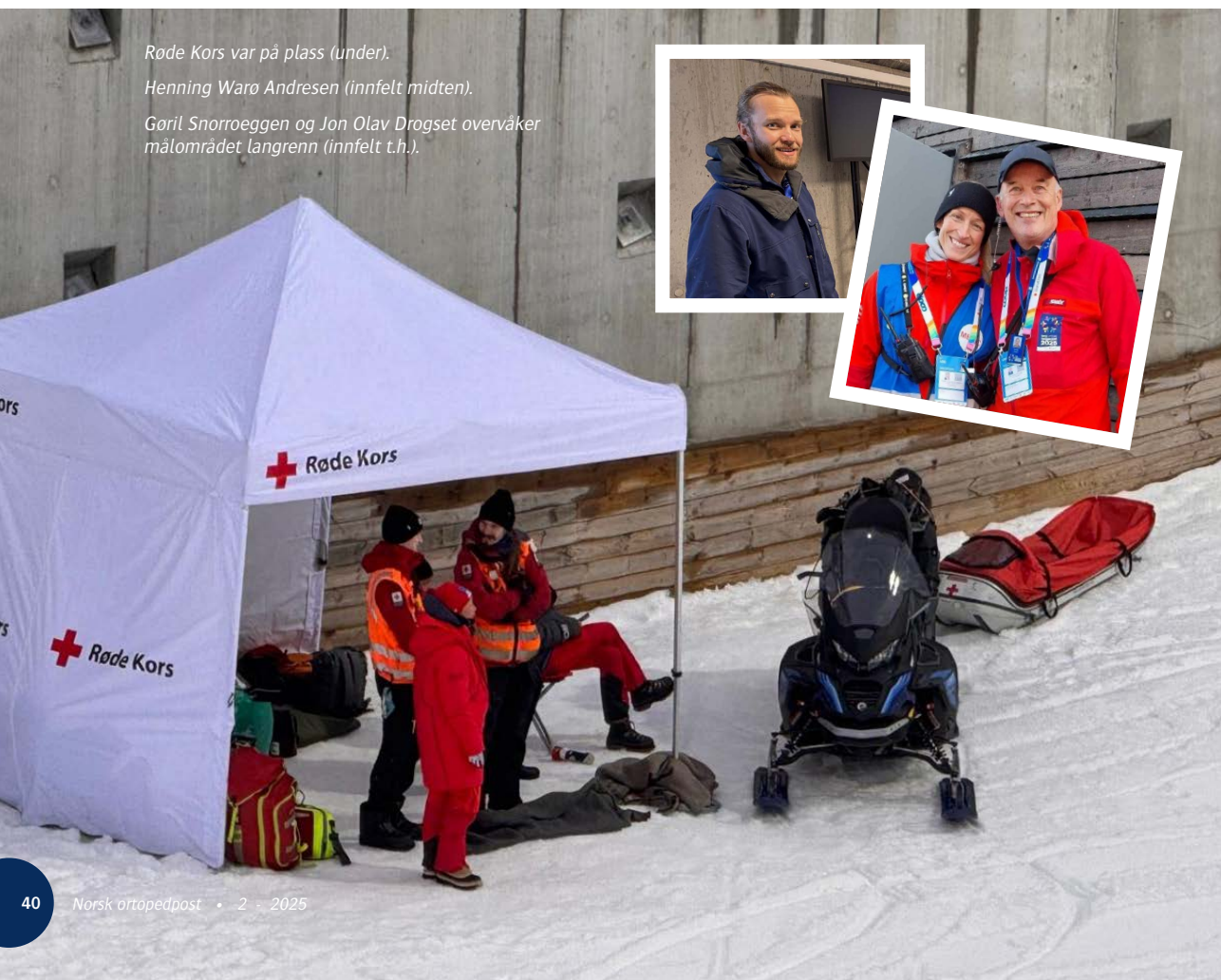
I forkant av VM ble det arrangert et medisinsk seminar og "Team Doctors Meeting" i Rosenborgklinikken Fysioterapis lokaler. Ansvarlig for dette var Norges Skiforbund og LOC for VM i langrenn 2025 i Trondheim. Seminaret var mest relevant for lagleger, fysioterapeuter og annet helsepersonell for idrettsutøvere. Møtet var imidlertid også åpent for alle som var interessert i temaene for dette seminaret. Oppmøtet var 45 kolleger.

Erfaringen med å leve i en VM-boble over lang tid var utfordrende men samtidig givende og artig med mange fine nye ressurssterke bekjentskaper.

Røde Kors var på plass (under).

Henning Warø Andresen (innfelt midten).

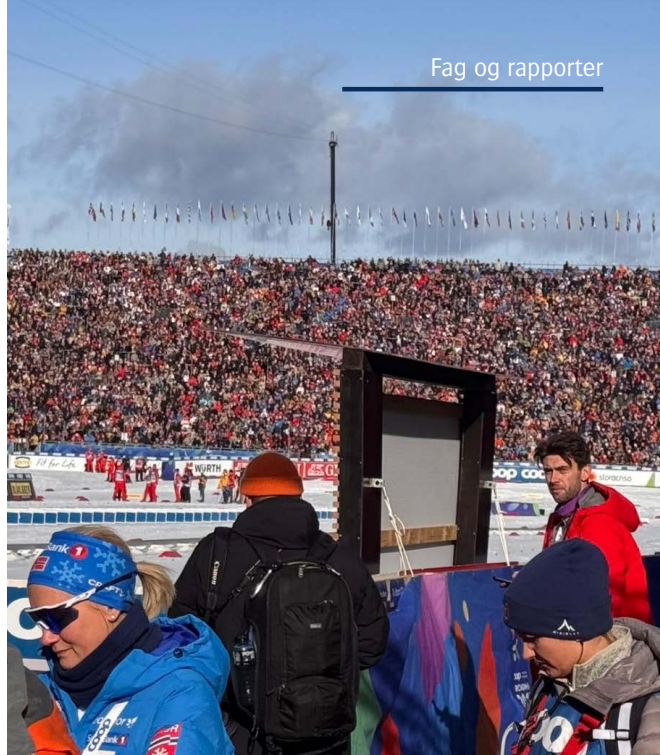
Gøril Snorroeggen og Jon Olav Drogset overvåker målområdet langrenn (innfelt t.h.).



MEDISINSK STATISTIKK

fra VM dagene 25.2-9.3 .2025

Medisinske konsultasjoner	193
I Granåsen	163
Utøvere	11
Tilskuere	85
Frivillige og ansatte	34
Andre	19
Pasienter sendt til St Olavs hospital	25
Pasienter sendt til Trondheim Kommunale Legevakt	19
Pasienter ble sendt hjem	56
Resten ble værende på arenaene etter behandling	
Vi hadde ingen skader i skihopping	



Kart over medisinske poster i langrennsløypa (50 km). Ved bruk av mindre deler av løypenettet, ble overflødige poster fjernet (t.v.).

Sykestua med egen ambulanseinnngang (under).

Lederteam medisin markerer fullført VM (nederst t.h.).



Røde Kors stilte med nødvendig utstyr (under).





Oppdageren & Nobelprisvinneren

W.C. Röntgen

Tekst: Kjartan Koi

Wilhelm Conrad Röntgen ble født 27. mars 1845 i Remscheid-Lennep, like øst for Düsseldorf i Tyskland. Hans tidlige liv ble preget av familiens flytting til Apeldoorn i Nederland da han var bare tre år gammel. Han gikk på den tekniske skolen i Utrecht hvor han var svært skoleflink, foruten om i fysikk, hvor han ironisk nok fikk karakteren "Zeer Slecht".

Röntgen ble imidlertid utvist fra skolen etter at en medelev hadde tegnet en karikatur av en upopulær lærer på tavlen, og han ikke ville si hvem den skyldige var. Uten gymnasdiplom virket muligheten for en universitetsutdannelse utelukket, inntil en venn av

familien fortalte dem at Eidgenössische Technische Hochschule i Zürich opptok studenter uten formelle papirer, såfremt de bestod en opptaksprøve. I november 1865 begynte Röntgen sine studier ved skolen og ble ferdig utdannet med en doktorgrad i 1869.

Wilhelm Conrad Röntgen

(1845-1923)

Tysk fysiker og vitenskapsmann ved universitetet i Würzburg.

Oppdaget det som etter ham er blitt kjent som røntgenstråler.

Mottok Nobelprisen i fysikk i 1901.

27. mars 1845, Lennep, Remscheid, Tyskland

Død 10. februar 1923, München, Tyskland

Gift med Anna Bertha Ludwig. En adoptivdatter, Josephine Bertha Ludwig

Innrammet fotografi av røntgenbilde av en hånd tatt av Röntgen, Würzburg, Germany, 1895. Originalen finnes på Deutsches Museum i München, Tyskland.

© The Board of Trustees of the Science Museum.
<https://collection.sciencemuseumgroup.org.uk/objects/co134691/photograph-of-a-radiograph-of-hand-taken-by-wilhelm-conrad-rontgen-germany-1895>
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



” ... omtrent seks uker etter oppdagelsen tok han et bilde ved hjelp av røntgenstråler av hånden til sin kone, Anna Bertha. Da hun så sitt eget skelett, utbrøt hun: ”Jeg har sett min død!” ...”

Prestisjetunge institusjoner

Röntgens akademiske vei førte ham til flere prestisjetunge institusjoner. I 1874 ble han foreleser ved universitetet i Strasbourg, og i 1879 ble han professor i fysikk ved universitetet i Giessen. Hans akademiske karriere kulminerte med en stilling ved universitetet i München i 1900, en stilling han ble tilbudt av den bayerske regjeringen. Selv om han fikk invitasjon til Columbia University i USA, valgte Röntgen å bli i München, hvor han tilbrakte resten av sin karriere. Röntgen giftet seg med Anna Bertha Ludwig i 1872, og paret adopterte en datter, Josephine.

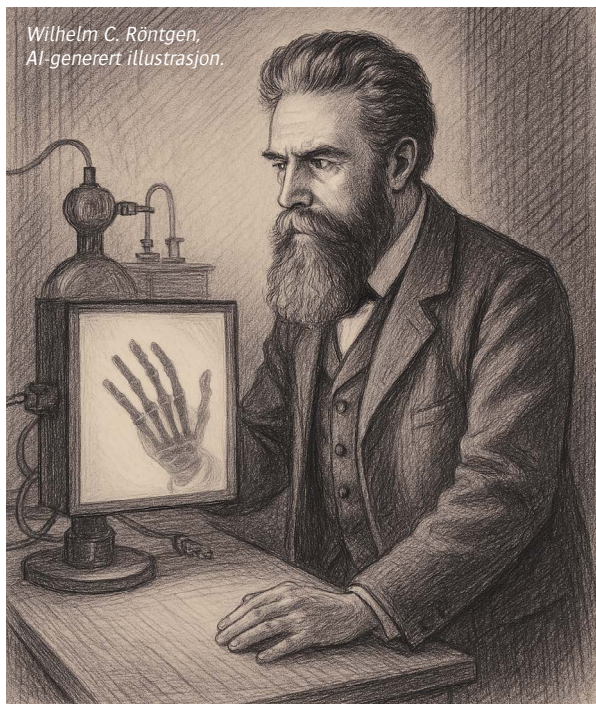
En ny type stråler

I 1895 gjorde Röntgen sin mest kjente oppdagelse ved universitetet i Würzburg. Han utførte eksperimenter med katodestråler og la merke til et uventet fenomen: en fluorescerende glød på en skjerm dekket med baryumplatincyanoide, selv om strålene skulle vært inne i et forseglet vakuumrør. Dette fikk ham til å fatte mistanke om en ny, hittil uoppdaget, type stråling, som han kalte ”X-Strahlen”, som senere ble oversatt til engelsk som ”X-rays”. Innen få uker gjennomførte Röntgen flere eksperimenter, og omtrent seks uker etter oppdagelsen tok han et bilde ved hjelp av røntgenstråler av hånden til sin kone, Anna Bertha. Da hun så sitt eget skelett, utbrøt hun: ”Jeg har sett min død!” Senere tok han et bedre bilde av hånden til sin venn Albert von Kölliker under en offentlig forelesning. Hans oppdagelse markerte fødselen av medisinsk bildebehandling og diagnostisk radiologi.

Röntgens funn ble raskt spredt over hele verden. Hans banebrytende artikkel, ”Über eine neue Art von Strahlen” (Om en ny type stråler) ble publisert i desember 1895, og innen få måneder var oppdagelsen hans allment anerkjent. Arbeidet hans gav ham en æresdoktorgrad i medisin og flere utmerkelser, inkludert Rumford Medal i 1896 og Nobelprisen i fysikk i 1901.

Nektet å ta patent

Han var kjent for sin etiske tilnærming til sitt vitenskapelige arbeid, spesielt ved å nekte å ta patent på oppdagelsen av røntgenstrålene, fordi han mente at teknologien burde være fritt tilgjengelig til nytte for samfunnet. Hans integritet ble ytterligere demonstrert



da han donerte hele Nobelprisbeløpet på 50 000 svenske kroner (tilsvarer ca. 3,4 mill kroner i dagens verdi) til forskning ved universitetet i Würzburg.

Til tross for sin suksess, opplevde Röntgen økonomiske vanskeligheter senere i livet, hovedsakelig på grunn av de økonomiske utfordringene i Tyskland etter første verdenskrig. Han døde 10. februar 1923 av tykktarmskreft, 77 år gammel.

Grunnstoffet Röntgenium (Rg) er oppkalt etter ham, og hans oppdagelse blir feiret årlig på World Radiography Day, som finner sted 8. november, på årsdagen for oppdagelsen. Röntgens innvirkning på medisin, spesielt i diagnostisk radiologi, er av uvurderlig verdi, og få oppdagelser har vel hatt mer å si for oss ortopedere enn nettopp røntgenbilder, både til diagnostikk og behandling.

” ... [Röntgen nektet] å ta patent på oppdagelsen [-], fordi han mente at teknologien burde være fritt tilgjengelig til nytte for samfunnet ...”



BLIKJENT



Navn
Kristin Frydenlund

Stilling
Overlege

Arbeidsplass
Gjøvik sykehus



Hvorfor ble du ortoped?

Jeg hadde en slags turnuslegestilling 5. og 6. året på studiet – på ortopedien på St. Olav, der var det mange hyggelige og flinke folk som viste meg at hammer og sag var livet!

Hva liker du best med å være ortoped?

Variasjon og at de aller fleste faktisk blir ganske bra. Nylig hadde jeg aldersspenn på poliklinikken fra 6 måneder til 102 år, det er gøy!

Hva er din sub-spesialitet?

Hofte- og kneproteser.

Hva er din favorittoperasjon?

Selv om jeg er mest glad i proteser, så blir jeg alltid litt nostalgisk og glad over en åpen Dupuytren.

Hva liker du ved din arbeidsplass, og hva kunne evt. forbedres?

Vi har et herlig miljø og jeg ler mye på jobb! Det er ikke alle som med egen evigung brefører drar med seg avdelingen på Galdhøpiggen og i Eventyrisen! Og så er det digg å bo et sted uten kø og med milevis av trikkeskinner rett utenfor døra. Jeg kunne håpe vi hadde mer tid til å utvikle fag i hverdagen, men der tror jeg ikke vi er aleine. Og jeg skulle gjerne sett at det Mjøsseykehuset finansierte seg sjøl og ble stort nok.

Hva motiverer deg som ortoped?

Pasienter med bedre funksjon, en LIS som tar nye steg og blir tryggere, et artig morgenmøte, at vi greier å utvikle bedre system i egen avdeling – det er mye som motiverer i hverdagen!

Hva kjenner deg som person?

Relativt blid og fryktelig skravlete.

Hva gjør du aller helst på fritiden?

Som mange andre er fritiden hamsterhjulpregt, men jeg har en tendens til å havne i en håndballhall – nå som barnetrener.

Hvem sender du disse spørsmålene videre til?

Nå må vi ut av Helse Sørøst og se det ekte Norge, oppfordringen går til en artig kar med ramsalte kommentarer og forkjærlighet for bobler: Stian Kristiansen i Harstad!



IMPRESSIVE SIMPLICITY

in joint replacement

PALACOS® R+G pro

PALACOS® MV+G pro

COPAL® G+C pro

ALL-IN-ONE FIXATION SYSTEM™

For you and your patient.

NOW AVAILABLE





Ortomedic artroskopistipend – Mitek stipendium – er på kr 30.000,- og utdeles en gang årlig i forbindelse med Norsk Artroskopiforenings årsmøte.

Stipendiet gis som støtte til hospitering ved et velrenommert sykehus med bredt tilbud innen artroskopisk kirurgi. Besøket kan også gå til et senter med utvidet forskning innen feltet. Stipendiet skal brukes til å dekke utgifter etter nøktern standard og til dekning av evt. "visiting surgeon fees". Stipendstyret vurderer søknadene utfra følgende kriterier:

- være under utdanning i – eller spesialist i ortopedisk kirurgi i Norge
- snakke flytende engelsk
- være tilgjengelig for den aktuelle tidsperioden
- ikke hatt samme stipend tidligere
- være medlem av Norsk Artroskopiforening
- presentere mål for hospiteringen, plan for faglig innhold og hvilken kirurg man skal følge.

Den valgte kandidaten annonseres under artroskopiforeningens vintermøte i januar/februar. Kandidaten til stipendiet skal i ettertid skrive et utfyllende reisebrev som publiseres på artroskopiforeningens hjemmeside og på Facebook, samt bli trykket i Ortomedia, nyhetsbladet fra Ortomedic. Søker må selv innhente godkjenning fra sin arbeidsgiver

Det må legges ved CV som inneholder: Hovedinteressefelt innen artroskopisk kirurgi og eventuell forskning innen artroskopisk kirurgi, publikasjoner, presentasjoner på nasjonale og internasjonale kongresser, antall år i utdanning, akademisk stilling eller hvor mange år som ferdig spesialist.

Søknad skal sendes til stipendstyret i word/pdf-format som vedlegg til e-post til: **eivind.inderhaug@gmail.com**

Søknadsfrist 1. januar hvert år.



Norsk Artroskopiforenings pris til beste artroskopi-relaterte abstract ved Ortopedisk Høstmøte.

Foreningen vil i forbindelse med Ortopedisk Høstmøte dele ut pris til beste foredrag innen artroskopisk kirurgi. Prisen er på kr 10.000,-.

Alle innsendte abstracts og tilhørende presentasjoner under høstmøtet vurderes, og en bedømmelseskomite tar den endelige avgjørelse. Vinner må presentere sitt bidrag på nytt under beste foredrag sesjonen på høstmøtets siste dag.

Beste foredrag

Pris til beste frie foredrag innen fot- og ankelkirurgi presentert på Ortopedisk Høstmøte 2025.

Stipend på inntil kr 10 000 tildeles for kongressdeltagelse på fot-ankelkirurgisk relevant kongress innen utgang 2026. Dersom betingelsene for stipendet ikke kan oppfylles, går stipendbeløpet tilbake til foreningen.

Ingen søknad. Alle innsendte abstracts med tilhørende presentasjon vil bli vurdert av en upartisk bedømmelseskomité. Komiteen blir utnevnt av styret i NOFAF.

Avgjørelse om tildeling gjøres under Ortopedisk Høstmøte.

Beste foredrag

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

NBOF's styre ønsker flere frie foredrag til den barne-ortopediske delen av Høstmøtet. Vi har derfor besluttet å belønne det beste bidrag med kr 5.000.

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

Beste foredrag

Norsk Forening for Skulder- og Albuekirurgis stipend.

Foreningen vil i forbindelse med Ortopedisk Høstmøte dele ut stipend til beste foredrag innen skulder og albuekirurgi. Stipendet er på kr 10.000.

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

Inger Schulstads minnestipend for utdannelse innen håndkirurgi



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

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

Tildelingen bekjentgjøres på årsmøtet. Etter reisen må stipendiaten publisere et reisebrev i Norsk ortopedpost eller Tidsskrift for Den Norske Legeforening. Det bør fremgå av brevet at reisen er støttet av stipend fra Inger Schulstads minnefond. Kopi av reisebrev og regnskap for reisen sendes styrets sekretær, hvorefter 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.



Arthrex artroskopipris – prisen deles ut på Norsk Artroskopiforenings generalforsamling/årsmøte.

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

Søknadsfrist er 1. januar hvert år.

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

Søknad sendes som vedlegg til mail:
eivind.inderhaug@gmail.com



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

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

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

Søknadsfrist 15. september.

Skriv søknaden din etter følgende mal:

- Søkerens navn
- Fødselsdato
- Sykehus
- Avdeling
- E-post adresse
- Prosjektets tittel
- Prosjektbeskrivelse
- Budsjett
- Er annen finansiering søkt?

Søknaden sendes til **begge** e-mail adresser nedenfor:

thormod.donas@ortomedic.no
og
leder@ortopedi.no



Til tross for trenden med færre generelle kongresser og færre besøkende er det fremdeles mulig å planlegge avbrekk med faglig og sosialt påfyll. Hold også øye med invitasjoner til webinarer fra organisasjoner og industri – og ikke minst: gled deg til årets høstmøte! Vi ønsker riktig god sommer!

THINGS TO DO

2025

FESSH 2025

25. - 28. juni 2025, Helsinki, Finland
fessh2025.com



FESSH 2025
HELSINKI FINLAND

Ortopediveckan 2025

26. - 28. august 2025, Jönköping, Sverige
mkon.nu/ortopediveckan_2025



43rd Annual Meeting of the European Bone & Joint Infection Society

11. - 13. september 2025, Bologna, Italia
ebjis.org/ebjis2025/



13th Fragility Fracture Network Global Congress 2025

1. - 4. oktober 2025, Alfândega do Porto, Portugal
diventos.eventkey.pt/geral/detalheeventos.aspx?cod=1557



OA Trauma arrangerer både webinarer og kurs.
Se hjemmesiden aofoundation.org/trauma

HØSTMØTET 2025



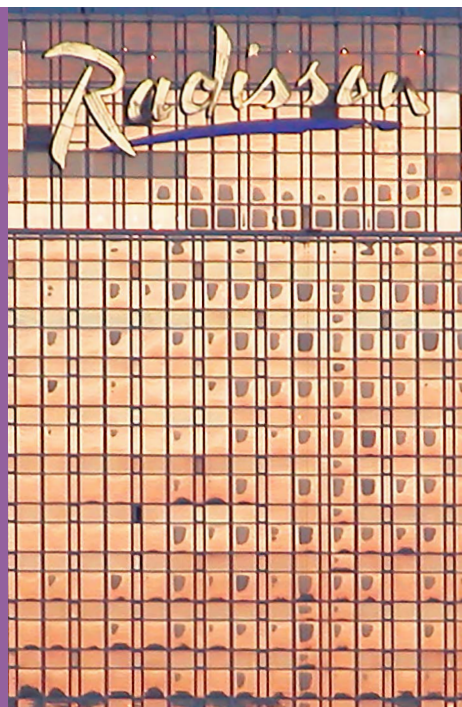
Husk at fristen for innsending av abstrakt til Høstmøtet 2025 som vanlig er 31. august, ved midnatt. Da stenger abstraktportalen.

Alle som sender inn abstrakt må oppgi interessekonflikter.

Vi bruker samme abstraktportal og konferanseapp som i fjor.

Oversikt over program og mer informasjon finner dere på våre nettsider, ortopedi.no. Her vil man også finne QR-kode for konferanseappen, samt lenke til påmelding.

Høstmøtet er årets store ortopedi-happening, så dette vil du ikke gå glipp av!





Nof stipend

for leger under utdanning til støtte til forskningsarbeid eller utdanning.

Stipendet er på kr 50.000.

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

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



Nof stipend

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

Stipendet er på kr 50.000 og ble opprettet i 1982.

Vedtekter for Norsk ortopedisk forenings (Nofs) stipend:

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

NOP - annonser og innlegg

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

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

Vi minner om at materiellfrist for
NOP nr. 3, 2025 er 04.09.2025

Som annonsør når du alle som
jobber med ortopedi i Norge!

ØDEGAARD reklame & design as

HØSTMØTET 2025

Har du spørsmål vedrørende Høstmøtet, påmelding, hotell, utstilling eller andre ting ta kontakt med Kristin Solstad i KSCI.

Mail **kristin@ksci.no**

ksci
KS conference & incentive

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.

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, hvor etter utbetaling av stipendmidlene kan finne sted. Hvis stipendiaten ikke har oppfylt betingelsene for utbetaling av stipendet innen 1. september det påfølgende år, går stipendbeløpet tilbake til foreningen.

Norsk Artroskopiforenings LIS-stipend

Under generalforsamlingen/årsmøtet som holdes årlig under Artroskopisk Vintermøte, vil det bli trukket ut en vinner av Norsk Artroskopiforenings LIS-stipend. Reisestipendet på kr 15.000,- skal brukes til ESSKA-/ISAKOS-/SECEC-kongressen samme år. Vinneren bestemmes ved loddtrekning blant leger i spesialisering som deltar på Vintermøtet. Vinneren MÅ være medlem av Norsk Artroskopiforening og utdanningskandidat innen ortopedisk kirurgi.

Påmelding til vintermøtet kan gjøres på www.artroskopi.no

Smith+Nephew

Smith & Nephew Forskningsstipend – Artroskopi er også i år på kr 40.000.

Statutter for Smith & Nephew Forskningsstipend – Artroskopi

1. Stipendiets navn: Smith & Nephew Forskningsstipend – Artroskopi.
2. Stipendiet er på kr 40 000,- og utdeles en gang årlig i forbindelse med Norsk Artroskopiforenings årsmøte.
3. Stipendiet kan tildeles medlem av Norsk Artroskopiforening etter skriftlig søknad.
4. Stipendiet gis som støtte til igangsatt forskningsarbeid, kliniske studier eller annet relevant arbeid til utvikling av faget.
5. Norsk Artroskopiforening foretar utlysing av stipendiet.
6. Vedtak om tildeling fattes av stipendstyret med to medlemmer oppnevnt av styret i Norsk Artroskopiforening. Medlemmene av stipendstyret oppnevnes for 2 år av gangen.
7. Kandidaten til stipendiet skal i ettertid av tildeling av stipend skrive en kort redegjørelse om prosjektet, det være seg innhold, tidsramme etc. som publiseres på Artroskopiforeningens hjemmeside og på Facebook, samt blir publisert internt hos Smith & Nephew AS samt LinkedIn.
8. Stipendiatene skal i ettertid gi en skriftlig redegjørelse til stipendstyret for bruken av midlene.
9. Statuttene kan endres etter etter avtale mellom styret i Norsk Artroskopiforening og Smith & Nephew AS.

Søknad skal innsendes til stipendstyret i word/pdf-format som vedlegg til e-post: eivind.inderhaug@gmail.com

Søknadsfrist 1. januar hvert år.

Attune[®] kneprotese-system

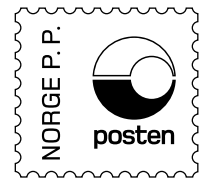


Attune[®] kneprotese-system er et moderne system som sikrer full kompatibilitet og overgang mellom primær- og revisjonsprotese både med fast og mobil plattform.

 **DePuy Synthes**
THE ORTHOPAEDICS COMPANY OF Johnson & Johnson

Vil du vite mer om våre kneproteser?
Ring oss på 67 51 86 00 eller besøk ortomedic.no.

 **Ortomedic**



Returadresse:
Den Norske Legeforening
Pb 1152 Sentrum
0107 Oslo

Smith+Nephew

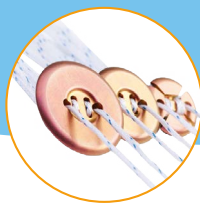
+ UltraTRAC[◇] QUAD

ACL Reconstruction Technique

The Technique features the QUADTRAC[◇] System, the first integrated guide-system for minimally invasive quadriceps tendon graft harvesting.¹ The system provides direct graft visualization while enabling a controlled and reproducible technique to optimize harvest.²⁻⁴ The graft is easily prepared with five needle passes⁹ and fixated with the all adjustable versatility of the ultra-strong^{*5-8} ULTRABUTTON Device Family. Learn more at smith-nephew.com.



**ULTRABUTTON[◇]
QUAD**
Adjustable Fixation Device



**ULTRABUTTON[◇]
TIB**
Adjustable Fixation Device



QUADTRAC[◇]
Quadriceps Tendon
Harvest Guide System



Scan to watch the technique

*As demonstrated in bench top testing

References 1. Smith+Nephew 2022. QUADTRAC Validation. 15011575 Rev A. 2. Smith+Nephew 2022. QUADTRAC Marketing Claims. Internal Report. 15011572 Rev A. 3. Smith+Nephew 2022. TRAC-Cutter Push-Pull Cut Force DV Protocol. Internal Report. 15011552 Rev A. 4. Smith+Nephew 2022. QUAD-Cutter Force to Cut Design Verification. Internal Report. 15011559 Rev A. 5. Arthrocare Corporation 2016. Test Report: ULTRABUTTON competitor comparison 69889-01 C. 6. Ahmad SS, et al. Adjustable loop ACL suspension devices. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2018;26(5):1392-1398. 7. Shelburne KB, et al. Pattern of ACL force in normal walking. *J Biomech.* 2004;37(6):797-805. 8. Smith+Nephew 2022. Comp. UBX Cyclic and Repair Strength Testing 15012185 Rev A. 9. Smith+Nephew 2022. User Evaluation, UBX Competitive Device Comparison 15012018 Rev A.

Smith & Nephew, Inc. 150 Minuteman Road Andover, MA 01810, www.smith-nephew.com, US Customer Service: +1 800 343 5717 *Trademark of Smith+Nephew.
©2023 Smith+Nephew. All rights reserved. 39236 V1 05/23