

Vi kände läkarkårens stöd

Det är roligt att få ta del av engagemanget och stödet från representanter för andra yrkesgrupper, som Olle Kjellins i Läkartidningen 4/96. Att samarbetet mellan Vårdförbundet SHSTFs yrkesgrupper och läkarna fungerar bra och att det finns en solidaritet och tillit mellan grupperna är naturligtvis särskilt viktigt. Grupperna har ju klart uttalade gemensamma mål, som rör patientens hälsa och välbefinnande. Tack Olle Kjellin för ett välformulerat och vänligt inlägg!

Verkligheten har tack och lov inte varit på långt när så dystert som Olle Kjellin befarrar. Vi har upplevt och fått både läkarkårens och Läkarförbundets stöd under konflikten. I vardagsarbetet ute på klinikerna har en övervägande del av de enskilda läkarna följt de spelregler som gäller. Visst har det funnits fall där läkare uttalat sig negativt om vår konflikt i tidningar, radio och TV. Men det tillhör undantagen. Jag vill därför passa på att tacka alla er läkare som, trots att ni utsattes för påfrestningar av olika slag, stödde oss under de sju veckor som konflikten pågick.

Så långt det gick

Ni borde hållit ut, utropar Olle Kjellin. Konflikten avslutades inte för att vi var utslagna och maktlösa. Vi avslutade konflikten därför att den inte hade någon effekt längre. Strejken hade gjort sitt, det gick inte att komma längre.

Skälen är framför allt två. Medlarna hade tydligt och klart meddelat att detta var deras sista bud, därefter skulle de avgå. Budet var oförankrat, dvs det var helt och hållet medlarnas. Hade vi tackat nej hade medlarbudet inte funnits kvar. Vi skulle vara tillbaka där vi startade, dvs med ännu mindre pengar. Dessutom skulle vi stått utan medlare och utan möjlighet att förhandla. En fortsatt strejk utan medlare skulle ökat risken för att regeringen avbrutit strejken. Ett regeringsingripande skulle bara rört själva konflikten. Regeringens intresse i det läget skulle vara att rädda vården, inte att ge oss mer pengar.

I bägge fallen skulle vi stå utan kollektivavtal, och det skulle inte gynna oss, snarare tvärtom. Varje medlem skulle i det läget vara tvungen att göra upp med sin arbetsgivare om

alla frågor som rör anställningen – lön, semester, pensioner, trygghetsförsäkringar osv. Det är mycket osannolikt att det skulle givit ett bättre resultat än när vi kämpar alla tillsammans.

Ljuspunkter finns

Nivån på avtalet blev naturligtvis en stor besvikelse för oss. Men det finns ljuspunkter – och dem måste vi koncentrera oss på nu. Vi är numera överens med arbetsgivaren om att det ska löna sig, också i lönehänseende, att utvecklas i yrket. Karriärutveckling ska leda till positiv löneutveckling. Det ger möjligheter. Det gör också det faktum att det lilla ordet »minst» står före varje angivet procenttal. Det ger möjligheter att komma längre i de lokala förhandlingarna. Vi fortsätter vår kamp för rättfärdiga löner. Vi kommer att jobba stenhårt i de lokala förhandlingarna, men vi kommer också att driva lönediskrimineringsärenden i domstol.

Eva Fernvall
ordförande,
Vårdförbundet SHSTF

Mobilisering och töjning än en gång

Carl-Göran Hagert efterlyser i Läkartidningen 1–2/96 exempel på tillstånd i underarmen som kan behandlas med mobilisering och töjning. Några sådana är medianuskompression, domningar, skrivsvårigheter, epikondylit, kraftlöshetsproblematik och handlovs smärtor.

Dessa tillstånd behöver vanligtvis initialt inte kirurgkontakt. Procentuellt när sannolikt endast en liten andel av dessa patienter handkirurger, varför specialistens syn på behandlingen kan skilja sig från primärvårdens.

Ulnara handlovs smärtor

Hagert anser att disken inte kan drabbas av hypomobilitet (låsnings). Det är dock inom handkirurgiska kretsar känt att ulnara smärttillstånd många gånger är oförklarade och svår-förståeliga utifrån traditionella förklaringsmodeller [1]. Den av Kaltenborn föreslagna mo-

KORRESPONDENS

biliseringen [2], som även visas i min bok, har enligt många uppenbarligen effekt på ulnara smärttillstånd, även om Hagert inte accepterar förklaringsmodellen, som i mitt fall bygger på Kapandjis biomekanikbeskrivning [3].

För den som haft en hypomobilitet i handlovsben eller precis distalt om ulna är tillståndet uppenbart, speciellt som man med en ofarlig behandling snabbt kan få bort besvären som ibland irriterar ordentligt.

Behöver inte opereras

Medianuskompression botas eller lindras ofta med mobilisering av handlovsben och töjning av muskler [4]. Om behandlingen ökar utrymmet i karpaltunneln mätbart låter jag vara osagt, men att man förbättrar en störd funktion (i leder, muskler och nerv) är jag övertygad om eftersom patienterna rätt ofta blir så bra på givna behandling att de inte vill eller behöver opereras.

Domningar botas ofta av töjningar även vid misstänkt nerventrapment, t ex pronator- och supinator syndrom. Viktigt ur min synvinkel är att man inte opererar dessa patienter i första taget, såvida man inte verkligen har en klar indikation och vet att operation ger mycket bra resultat.

Naturligtvis differentialdiagnostik vad gäller allmänsjukdomar, halsryggssjukdomar och TOS.

Töjning av drabbad muskulatur, tendinit/epikondylit, torde i sjukgymnastiska kretsar sedan decennier tillhöra behandlingsarsenalens ABC.

Hypomobilitet

Alla smärttillstånd i handleden är inte instabilitet eller subluxation. Hypomobilitet mellan handlovsben är enligt min erfarenhet förklaring till många icke traumatiska men även en del posttraumatiska handsmärtor och kan ofta lindras. Ett exempel är efter radiusfraktur, då man kort efter att gipsskenan tagits bort kan mobilisera handlovsbenen, vilket direkt ökar rörligheten i handleden och därmed påskyndar effekten av traditionell aktiv rörlighetsträning som sedan följer.

Ett flertal andra tillstånd med smärta och hypomobilitet i handen finns, vilka kan be-

handlas med varsam mobilisering och töjning.

Metodike finns nu lättfattligt beskriven i bokform på svenska. Om man är osäker kan man gå kurser, vilket jag rekommenderar. Det finns ett flertal i regi av Svensk förening för ortopedisk medicin och OM-sektionen inom Legitimerade sjukgymnasters riksförbund, liksom SK-kurser.

Bernt Ersson
klinikkchef,
Hälsoinvest Högbo

Litteratur

1. Palmer AK. The distal radioulnar joint. *Orthop Clin of North Am* 1984; 15: 328-30.
2. Kaltenborn F. Mobilization of extremity joints. Oslo: O Norlis bokhandel, 1980: 75.
3. Kapandji IA. The physiology of joints, vol 1. London: Churchill Livingstone, 1986: 116.
4. Lewit K. Manipulative therapy in rehabilitation of the locomotor system. London: Butterworths, 1985: 199ff, 320.

Replik:

Ogrundade egendomligheter

Följande fyra citat ur Bernt Erssons genmäle visar på ett klagande sätt skillnaderna i våra åsikter:

1. »Hagert anser att disken inte kan drabbas av hypomobilitet (låsnings)». Än en gång: »disken» (olycksaliga uttryck, som vållat och vållar så mycket förbistring) är ingen struktur i sig utan den centrala, broskvandlade delen av lig radioulnare. Jag vidhåller som min uppfattning det orimliga i att tro att denna begränsade ligamentdel kan bli »hypomobil». Ersson hävdar motsatsen och stöder sig på »Kapandjis biomekanikbeskrivning». Denna visar sig emellertid i ljuset av senare års rön icke motsvara verkligheten [1, 2, 3]. Därmed bortfaller den avgörande referensen i Erssons resonemang.

2. »Medianuskompression botas eller lindras ofta med mobilisering av handlovsben och töjning av muskler. Om behandlingen ökar utrymmet i karpaltunneln mätbart låter jag vara osagt...». I boken står: »Mobilisation av karpalbenen kan öka utrymmet i karpaltunneln» (sidan 110). Hur skall det vara? Oaktat vilket måste man fråga om det inte funnes möj-