

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.

Metodiken 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-

lighet att få minsta lilla dokumentation på behandlingens eventuella effekt.

3. »Domningar botas ofta av töjningar även vid misstänkt nerventrapment t ex pronator- och supinator-syndrom». Nu är det bara det att »domningar» inte hör till bilden vid nämnda tillstånd. Det kan undantagsvis förekomma vid pronator-syndrom men aldrig vid supinator-syndrom [4].

Värden visas inte

4. »Hypomobilitet mellan handlovsbenen är enligt min erfarenhet förklaring till många icke traumatiska men även en del posttraumatiska handsmärtor. Ett exempel är efter radiusfraktur, då man kort efter att gipskenan tagits bort kan mobilisera handlovsbenen, vilket direkt ökar rörligheten i handleden . . . » Som exempel på posttraumatisk *handsmärta* väljer Ersson den *handledsstelhet*, som naturligen alltid föreligger vid tidpunkten för den distala radiusfrakturans avgipning, och patienten har då också ofta ont. Vad av detta skall tillskrivas »hypomobilitet mellan handlovsben», och i så fall mellan vilka? Hur vet vi att mobilisering av handlovsben »direkt ökar rörligheten i handleden», och vilka handlovsben avses? Man får förmoda att Ersson har värden på handledsrörligheten före och efter mobilisation, men tyvärr visar han dem inte.

Ersson vänder sig med sin bok till primärvårdsläkare, vilket är bra. Det är dock inte korrekt att förutsätta att just specialister i allmänmedicin skall acceptera odokumenterad information. Ersson har en stor och ansvarsfull uppgift framför sig, nämligen att komma med en reviderad upplaga. Det som idag är acceptabelt i boken försvinner

nämligen mängden av ogrundade egendomligheter.

Carl-Göran Hagert
docent, överläkare
handkirurgiska sektionen,
ortopedkliniken,
Universitetssjukhuset,
Lund

Litteratur

1. af Ekenstam F, Hagert CG. Anatomical studies on the geometry and stability of the distal radioulnar joint. *Scand J Plast Reconstr Surg* 1985; 19: 17-25.
2. Hagert CG. The distal radioulnar joint in relation to the whole forearm. *Clin Orthop* 1992; 275: 56-64.
3. Hagert CG. Current concepts of the functional anatomy of the distal radioulnar joint, including the ulnocarpal junction. In: Büchler U, ed. *Wrist instability*. Martin Dunitz Ltd, London 1996: 15-21.
4. Lundborg G. Nerve injury and repair. Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne and New York, 1988: 125; 136.

Vakenintubera mera!

Jag vill kommentera ansvarsärendet: Valde fel anestesi-form vid operation av tumör i halsen, infört i *Läkartidningen* 51-52/95.

Intubering av patient med stor larynx-tumör slutade olyckligt. Förloppet kan beskrivas med Murphys lag: »If things might go wrong, they will». Tjugo år som öron-, näs- och halsläkare har gett mig den erfarenheten att inte sällan vid larynx-tumörer finns en krafti-

gare deformation av larynx än vad som uppfattas vid indirekt laryngoskopi och än vad patientens andningspåverkan antytt. De normala anatomiska landmärkena vid intubation kan vara utsuddade till följd av tumör eller ödem. Försöken att säkerställa fria luftvägar kan bli livshotande, vilket det aktuella ärendet visar liksom tidigare ansvarsärenden [1].

Det vetenskapliga rådet Magna Andreen ger i *Läkartidningen* 5/96 utförliga råd om val av intubationsmetod.

Går det att förenkla intubationen ytterligare vid förträning i luftvägen och göra proceduren säkrare?

Metod för vakenintubering

Vid öronkliniken i Karlstad har vi utarbetat en metod för vakenintubering. Patienterna har via en tryckluftsdreven inhalator (Aiolos) andats in 3-4 ml 4-procentig lidokainlösning (Xylocain). Ett drivtryck på 200 kPa ger ett stort flöde av läkemedel och lösningen nebuliseras på ca 15 minuter.

Efter avsvällning i ena näsborren med oxymetazolin (Nexeril) och anestesi med lidokainspray 10 mg/dos har ett fiberbronkoskop med påsatt endotrachealtub förts via näsan mellan stämbanden ned i trachea. Genom bronskopet ger skopisten de anatomiska landmärkena och då framför allt rima glottidis i ett rörligt skede. När fiberbronkoskopets spets väl ligger i trachea kan patienten erhålla anestesi-medel intravenöst. Därefter skjuts tuben ner i trachea.

Inhalatorn kan också drivas med syrgas från centralgassystem.

En andningspåverkad patient kan således både syrsättas och lokalbedövas samtidigt.

Vi har först utprovat metoden på normala luftvägar, t ex reumatiker med instabil halsrygg, och därefter vidgat indikationerna. Metoden har använts vid olika typer av rumsinskränkande processer i larynx: tumörer, lymfom, infektioner med ödem inklusive epiglottit.

Vid riklig salivansamling i svalget blir anestesi-effekten något sämre, men med ett fiberbronkoskop med sugkanal kan saliven sugas bort. Kompletterande lokalanestesi kan ges som lösning genom sugka-

nalen – något som vi dock inte behövt göra.

Med några års erfarenhet av metoden anser vi att den är enkel, säker och värd att provas.

Mats Gunnarsson
överläkare,
öron-, näs- och hals-
kliniken, Centralsjukhuset,
Karlstad

Litteratur

1. Bengtsson M, Löfström JB. Övre luftvägshinder och anestesi – om varningssignaler speglade i ansvarsärendefall. *Läkartidningen* 1989; 86: 1484-7.

Felaktigt råd om P-piller

I *Läkartidningen* 3/96 bemöter Läke-medelsverket min kritik av råden vid p-piller-förskrivning.

Vi får nu veta att råden var utformade i första hand till barnmorskor och allmänläkare. Även dessa behöver råd som inte är felaktiga eller missvisande. Så är till exempel rådet att »ökänd koagulationsdefekt hos kvinnan, föräldrar eller syskon på grund av trombosrisk bör undvika alla typer av kombinerade p-piller», uppenbart felaktigt.

Vi får nu i bemötandet med hänvisning till Socialstyrelsens allmänna råd om antikonception från 1987 veta att man egentligen menat att dessa fall bör hänvisas till specialist. Denna påminnelse borde ha ersatt den felaktiga rådgivningen.

Birger Åstedt
professor,
Lund

Kommentar

Vi uppfattar inte rådet att kvinnor med ökad risk för trombos bör undvika alla typer av kombinerade p-piller är felaktigt. Vi inser att vi kanske hade varit tydligare om vi kompletterat det med samma anvisningar som finns i alla Fass-texter och i Socialstyrelsens allmänna råd om antikonception. Det är ju uppenbart att inte alla förskrivare har kännedom om dessa anvisningar.

Arne Victor
docent,
Läke-medelsverket,
Uppsala

Max 400 ord i korrespondenspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord plus, om nödvändigt, ett fåtal referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondenspalterna är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren.