

## Ta hänsyn till influensavaccinering vid studier av hjärtsjukdom

I Läkartidningen nr 3, 2001 läste jag två intressanta artiklar. Den ena om influensavaccination [1] och den andra om kvinnors risk för kranskärslssjukdom [2]. I artikeln om influensavaccination kan man läsa att flera tidigare studier visat att influensavaccination minskar risken för lunginflammation, sjukhusvård och död i den äldre befolkningen. I de flesta av dessa studier var medel- eller medianåldern 80 år eller högre [3].

Kroniska infektioner har som bekant diskuterats som orsak till hjärt-kärlsjukdom. Bland de agens som presenterats finns Chlamydia pneumoniae, Helicobacter pylori och cytomegalovirus [4]. En studie har funnit ett samband mellan akut luftvägssjukdom och förekomst av hjärtinfarkt under de följande två veckorna [5]. I en undersökning från England fann man ett ökat antal dödsfall på grund av ischemisk hjärtsjukdom under influensaperioder [6]. Den ökade dödligheten fanns både hos kvinnor och män och inte bara i äldre åldersgrupper.

### Drabbade utanför sjukhuset

I en fall-referentstudie från King County i Washington USA utgjordes fallen av personer som drabbats av primärt hjärtstillestånd utanför sjukhuset under tiden oktober 1988 till juli 1994. Medelåldern för de 342 fallen var 59 år och dessa saknade tidigare känd hjärtsjukdom eller annan livshotande sjukdom. En eller två referenter, sammanlagt 549 personer, matchade för ålder och kön togs slumpmässigt ur studiebasen. Makan eller maken till fall och matchande referent intervjuades.

Bland fallen var 23 procent influensavaccinerade under det föregående året, och bland kontrollerna 32 procent. Då hänsyn tagits till kön, ålder, rökvanor, hypertoni, diabetes, vikt, utbildning, fysisk aktivitet, fettintag och allmänt hälsotillstånd erhöles en underrisk för hjärtstillestånd hos de personer som vaccinerat sig under det föregående året (oddskvot 0,51; 95 procenta konfidensintervall 0,33–0,79) [7].

### Reinfarkt under influensasäsongen

Endast patienter med tidigare hjärtinfarkt inkluderades i denna undersökning från Houston, Texas. Patienter som fick en reinfarkt under influensasäsongen 1 oktober 1997–31 mars 1998 utgjorde fallen. En referentgrupp valdes slumpmässigt ur den patientgrupp som kom på regelbundna kontroller under denna tid utan känd reinfarkt. Fall- och referentgrupperna var lika stora, 109 deltagare. Medelåldern bland fallen var 63 år och

bland referenterna 65 år. Bland fallen var 47 procent influensavaccinerade och bland kontrollerna 71 procent. Då hänsyn tagits till hypertoni, hyperkolesterolemi och rökning erhöles en under-risk för reinfarkt hos de personer som vaccinerat sig under den aktuella säsongen (oddskvot 0,33, 95 procenta konfidensintervall 0,13–0,82) [8].

### Nya rekommendationsgränser

I sin artikel beskriver Höglund och Stenqvist Socialstyrelsens vaccinationsrekommendationer som tidigare gällt medicinska riskgrupper och från 1997 gäller alla personer över 65 år. Det är intressant att notera att US Centers for Disease Control and Prevention år 2000 rekommenderar influensavaccinering av personer över 55 år [8].

Wamalas resultat visar att kranskärslssjukdom är fyra gånger vanligare hos kvinnor med okvalificerade arbetaryrken jämfört med kvinnor i akademikeryrken. Man kan undra om inte influensavaccinering kan spela någon roll här eftersom Höglund och Stenqvist iakttagit ett samband mellan utbildning och vaccinering hos män men inte säkert hos kvinnor.

De ovan refererade undersökningarna tycks visa att det är hög tid att ta hänsyn till influensavaccinering vid studier av hjärtsjukdom. Ofta kan detta göras med en enkel fråga utan att kräva dyra blodprover. I vårt land med förhållandevis hög förekomst av hjärtsjukdom och låg vaccinationstäckning finns det

kanske en potential att förbättra folkhälsan. Vad säger Socialstyrelsen?

**Bengt Sjögren**

*Toxikologi och riskbedömning,  
Arbetslivsinstitutet*

### Referenser

- Höglund D, Stenqvist K. Fler äldre bör införas om vikten av influensavaccination. Läkartidningen 2001; 98: 156-8.
- Wamala SP. Stora sociala skillnader bakom kvinnors risk för kranskärslssjukdom. Läkartidningen 2001; 98: 177-81.
- Gross PA, Hermogenes AW, Sacks HS, Lau J, Levandowski RA. The efficacy of influenza vaccine in elderly persons. A meta-analysis and review of the literature. Ann Intern Med 1995; 123: 518-27.
- Danesh J, Collins R, Peto R. Chronic infections and coronary heart disease: is there a link? Lancet 1997; 350: 430-6.
- Meier CR, Jick SS, Derby LE, Vasilakis C, Jick H. Acute respiratory-tract infections and risk of first-time acute myocardial infarction. Lancet 1998; 351: 1467-71.
- Bainton D, Jones GR, Hole D. Influenza and ischaemic heart disease – a possible trigger for acute myocardial infarction? Int J Epidemiol 1978; 7: 231-9.
- Siscovick DS, Raghunathan TE, Lin D, Weinmann S, Arbogast P, Lemaître RN, et al. Influenza vaccination and the risk of primary cardiac arrest. Am J Epidemiol 2000; 152: 674-7.
- Naghavi M, Barlas Z, Siadaty S, Naguib S, Madjid M, Casscells W. Association of influenza vaccination and reduced risk of recurrent myocardial infarction. Circulation 2000; 102: 3039-45.

### Replik

## Alla vaccinationer ska dokumenteras

I Socialstyrelsens allmänna råd om influensavaccination utkom i sin senaste lydelse hösten 1997 (SOSFS 1997:21). Efter flera år med otillfredsställande och starkt varierande vaccinationstäckning infördes då en tydligare rekommendation om årlig vaccination av patienter med vissa underliggande sjukdomar, främst hjärt- och lungsjukdom, men också av personer i allmänhet som fyllt 65 år. En del av de ställningstaganden som låg till grund för de nya råden har redovisats i en tidigare artikel i Läkartidningen [1].

Förbrukningen av influensavaccin i Sverige har ökat sedan 1997, vilket indikerar en viss förståelse och följsamhet till de nya rekommendationerna. Hittills tycks dock endast cirka en tredjedel av de utpekade »riskgrupperna» vaccine-

ras, vilket framgår av den återopade Göteborgsstudien [2]. I en medicinsk kommentar i samma nummer av Läkartidningen berörs också den nyligen införda amerikanska rekommendationen om årlig vaccination redan från 50 års ålder, liksom den franska synen att istället nå hög vaccinationstäckning hos personer som fyllt 70 år [3].

De studier som Bengt Sjögren tar upp är intressanta, men är ännu otillräckliga för att ändra Socialstyrelsens allmänna råd. I väntan på ökade kunskaper om influensa, vaccination och hjärtsjukdom är det angeläget att öka vaccinationstäckningen bland de målgrupper som redan identifierats. Under hösten har man i det syftet inom flera landsting genomfört riktade kampanjer. I Halland har man te x den gångna säsongen vaccinerat

**Annons**

**Annons**

drygt hälften av ålderspensionärerna. I Socialstyrelsens allmänna råd poängteras att »ansvarig läkare gör individuella överväganden«, vilket betonar läkarens roll som rådgivare i det enskilda fallet. Självklart ska alla vaccinationer dokumenteras i journalhandling, vilket är en förutsättning för att kunna bedöma effekten på olika sjukdomstillstånd.

**Peet Tüll**

*medicinalråd, Socialstyrelsen,*

**Anders Lindberg**

*överläkare, smittskyddsläkare i Halland*

### Referenser

1. Linde A, Lindberg A. Varför bör vi vaccinera alla över 65 år mot influensa? *Läkartidningen* 1298; 95: 4744-8.
2. Höglund D, Stenqvist K. Fler äldre bör informeras om vikten av influensavaccination. *Läkartidningen* 2001; 98: 156-8.
3. Linde A. Sverige ligger efter när det gäller influensavaccination. *Läkartidningen* 2001; 98: 154-5.

## Räkna rätt inte alltid lätt – när man lärt sig

II Jag presenterade för min yngsta dotter på hennes 15-årsdag det problem som Åsa Vilbäck redogör för i *Läkartidningen* 8/2001, sid 867. Det är ett test i logiskt tänkande från Harvard Medical School som frågar efter sannolikheten att faktiskt ha sjukdomen (bortse från eventuella symtom) om du får ett positivt resultat på ett test som har en falskt positiv frekvens på 5 procent och där prevalensen är 1/1 000.

15-åringens storasyster som läser till sjukhusfysiker kom efter lite kalkylerande på papper fram till det enligt Vilbäck rätta svaret, som uppges till 0,02 (dvs 1/50). 15-åringen som utförde huvudräkning kom fram till att svaret måste vara 1/51, vilket således blir 0,0196078. Jag är beredd att ge minstingen helt rätt.

**Leif Hansson**

*Alingsås*

### Fullständig adress

Även när manus lämnas via e-post behöver redaktionen fullständig postadress. Ange likaså alltid titel, tjänsteställe och verksamhetsort.

## Vem sätter ribban i primärvården?

II Erhöll häromdagen ett utskrivningsmeddelande från vårt länssjukhus med begäran om fortsatta kontroller av en patient född på trettioåret

Patienten hade följande sjukdomar enligt meddelandet: insulinbehandlad diabetes, KOL, MS, hypertoni, angina pectoris. By pass-opererad i november 2000 samt inlagd för hjärtinfarkt i slutet av januari 2001.

### Ansågs höra hemma i primärvården

Denna mycket komplicerade invärtesmedicinska patient anser våra värderade kolleger höra hemma i primärvården. Jag är generalist/allmänmedicinare, men ingen invärtesmedicinspecialist.

Tyvärr tror jag att det snart inte finns några allmänna internmedicinspecialister kvar på våra sjukhus. Vi har kardiologer, nefrologer, allergologer, diabetologer, lungmedicinare, neurologer, men snart inga kvar med bred kompetens. Kardiologin börjar dela upp sig i svikt-doktorer, arytmidoktorer och andra små tårtbitar.

Så snart en patient blir nog multikomplexerad hör den hemma i primärvården. Det lilla sjukhuset skickade häromdagen ut en patient med hjärt- och njursvikt med motiveringen att man inte

hade någon njurmedicinskt intresserad kollega på medicinkliniken. Och då var det bättre att patienten sköttes i primärvården.

### Har subspecialiseringen drivits för långt?

Beskrivningen ovan är giltig för många specialiteter. Har subspecialiseringen drivits för långt? I förlängningen är bakjourssystemen hotade med alltför många spetskompetenser. Kan vi ha små länssjukhus utan allmäninvärtesmedicinare och allmänkirurger? Är det kanske dags att skrota oss generalister eftersom specialistkollegerna tycks glömma det spektrum som vi ska sträcka oss över?

Arbetsuppgifterna och kunskapsmassan blir för överväldigande. Våra unga doktorer inser detta, och vi tappar hela tiden ST-läkare i allmänmedicin som i stället vill in på en av de 65 (?) övriga specialiteterna. Skall vi övergå till andra specialiteter på vårdcentralerna än allmänläkare?

Kan det vara möjligt att vi distriktsläkare sätter ribban för vad vi ska kontrollera och ansvara för, och inte våra specialistkolleger?

**Birger Brouneus**

*distriktsläkare, Grängesberg*

## Är elallergin verkligen en fobi?

II Patienter med elallergi är en utsatt och ibland hånad patientgrupp. Enligt Patrik Wahren, tekn lic, är elallergi bara en elektrofobi [1]. Christina Eliasch, läkare och erfaren specialist inom medicinsk rehabilitering, deklarerar däremot: »Helt oavsett att jag inte ser elöverkänslighet som en fobi eller en psykogent utlöst åkomma, finns det en stor likhet mellan dessa två diagnoser i sättet att med kraft undvika att exponeras för det som patienten flera gånger upplevt försämrar honom/henne« [2].

Wahren argumenterar att »vi har ju haft elektricitet och dess elektriska och magnetiska fält i våra hem och på våra arbetsplatser sedan slutet av 1800-talet utan att sjukdomen uppträtt«. Menar han att vår miljö inte förändrats på 100 år?

Ett annat av Wahrens argument är att dubbelblinda provokationsförsök inte kunnat belägga exponering för elektromagnetiska fält som orsak till elallergins symtom. Men reaktionerna är ofta fördröjda, och man har inte tagit hänsyn till det vid försöksuppläggnings [3]. Även kemiska faktorer har nämnts, t ex bromerade flamskyddsmedel från nya bildskärmar och kvicksilver från amalgamfyllningar [3].

Sedan 1972 har halten av bromerade flamskyddsmedel i modersmjölk i Sverige uppvisat en dubbling vart femte år, sannolikt på grund av användningen i allehanda elektronisk apparatur, bl a datorer [4]. Det är således inte bara den elektromagnetiska exponeringen utan även den kemiska som ökar kontinuerligt.

**Fredrik Berglund**

*Sollentuna*

### Referenser

1. Wahren P. Är elallergin en elektrofobi? *Läkartidningen* 2000;97:5379.
2. Eliasch C. Elöverkänslighet inom Socialförsäkringen (AFL och LAF). I: Bergqvist U, Birke E, Hillert L, editors. Elöverkänslighet – kunskap och erfarenheter. Rådet för Arbetslivsforskning 2000;59-63.
3. Knave B, Paulsson LE, Ramel C, Rödén J, Wennberg A, Öfverbeck P. Lågfrekventa elektromagnetiska fält som hälsorisk med särskild hänsyn till elöverkänslighet. *Kungl. Vetenskapsakademien Documenta* 57, 1994.
4. Norén K, Meironyté D. Certain organochlorine and organobromine contaminants in Swedish human milk in perspective of past 20–30 years. *Chemosphere* 2000;40:1111-23.