

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.