

priori utgå ifrån att kritiken (mot rollspel) är osaklig eller ogrundad» (!).

Andra har dock varit mer källkritiska, och vid kontroll har det visat sig att de flesta rykten om rollspels farlighet faktiskt varit just rykten [2]. Lindqvist hänvisar exempelvis till det s k Bjuvmålet, där förövarna under en period hade ägnat sig åt rollspel. Enligt massmedierna avfärdade dock åklagaren i målet redan före rättegången att rollspelandet hade något med saken att göra.

### Dumt och kränkande

Det mest anmärkningsvärda i Lindqvists artikel är dock slutklämman, i vilken han antyder att om rollspel skulle visa sig kunna vara skadligt vill han kunna använda regleringar »som vid annan skadepreventiv verksamhet, exempelvis hastighetsbegränsningar, vapenlicensinnehav och knivförbud på allmän plats.» Att jämställa rollspel med att köra olagligt fort och att bära kniv tycker jag är både dumt och kränkande mot långt över hundra tusen svenska rollspelare. Knivar och fortkörning är farligt för alla, vilket knappast rollspel torde vara. Eller har Lindqvist plötsligt bytt hypotes?

För övrigt skulle det vara svårt att hejda rollspel utanför fångelser och låsta avdelningar. Rollspel är nämligen i grund och botten inget annat än formaliserad lätsaslek i grupp, och för att förhindra sådan verksamhet torde Lindqvist bli tvungen att ta till rent orwelliska metoder.

Självklart bör rollspels positiva och negativa effekter utvärderas vetenskapligt, men utvärderingen bör baseras på fakta samt på en neutral och fördomsfri inställning hos forskaren.

Peter Wallström  
forskarstuderande, Lund

### Referenser

1. Lindqvist P. Rollspel utlöser våld? »Sällskapsspels» effekter bör granskas vetenskapligt. Läkartidningen 1996; 93: 3353-5.
2. Turesson C, Kratz J. Myter om faran med rollspel. Sydsvenska Dagbladet 5 jan 1995, sid A2.

Register för första halvåret 1996 medföljde Läkartidningen 30-31/96.

## KORRESPONDENS

### Replik:

## Mycket pengar inblandade

Peter Wallström är snabbt ute för att förekomma eventuella förslag som skulle kunna hota rollspelsverksamheten. Detta sker innan saken ens är utredd på det sätt som den vetenskapliga metoden bjuder; en kritisk och obunden granskning.

Som forskarstuderande torde ett sådant förhållningssätt te sig självklart också för Wallström, särskilt som han själv påpekar att tanken att »rollspel kan utgöra en riskfaktor för vissa individer ... (är) en i teorin inte helt oäven tanke».

Det synes mig inte heller vara en »oäven tanke» att lägga ett skadepreventivt perspektiv på rollspel. Bilar, skjutvapen och knivar är ju i allmänhet inte farliga saker för dem som hanterar dem väl och enligt gällande regler. Detsamma gäller även för övrigt alkohol.

### Problematiskt

Icke desto mindre är saken problematisk, eftersom det rör bl a tryckta texter och dessas spridning. Samma principiella svårighet ser vi för övrigt i den nu pågående barnpornografi-debatten. Detta bör emellertid inte avhålla oss från att undersöka fenomen som är uppbackade av starka påtryckningsgrupper. Vid min genomgång av rollspelsrörelsen framgick att den utgör en rätt stor industri med mycket pengar involverade.

Per Lindqvist  
med dr, Umeå

## Jämförelse med Judas stötande i suiciddebatten

Torbjörn Tännsjö argumenterar i Läkartidningen 34/96 för självmord som förnuftig handling. Jag vill ej ta upp diskussion om hans slutsatser så långt de faller inom hans kompetensområde. Detta omfattar etikfrågor, då han är professor i praktisk filosofi, men ej Nya Testamentet.

Tännsjö anser även att evangelisten ser Judas självmord som en adekvat handling. Det är Matteus som berättar om Judas självmord (27:3-10), i tonen ett sakligt meddelande utan märkbar värdering. Som parallell till Tännsjö's egna exempel med oförskyllt lidande, döende patienter är Judas historia ej användbar.

För mig känns jämförelsen stötande.

Att vilja göra den innebär dessutom att tillskriva Nya Testamentet en »bokstavsetik» som är det främmande. Det är allt annat än en regelsamling.

### Lättare citera bibelforskarna

I fråga om Judas är det lättare att citera bibelforskarna. Jag har till hands två moderna kommentarer:

Fornberg [1]. Moselagen bestämde att utgjutet blod skulle sonas genom döden. Enda möjligheten för Judas att sona sitt brott är självmordet. »*Det är viktigt att se att inte Matteus tolkar Judas död positivt.*» (min kursivering). Dels sammanhänger detta med att evangelisten Matteus huvudintresse med berättelsen var ett annat, dels vet man att den urkyrkliga Judas-bilden var starkt negativ.

Viviano [2] i The New Jerome Biblical Commentary hänvisar till Durkheim E, Suicide. Judas död blir ett fall av anomi, förlust av moraliskt fäste genom att han förrätt centrum för sitt livs mening.

Då Tännsjö framträder på en sådan plattform som Läkartidningen med teologiska synpunkter borde han unna dess huvudsakligen naturvetenskapligt skolade läsare det slags klarhet som teologisk forskning kan erbjuda.

Göteborg har teologisk forskning och utbildning vilket kan underlätta för Tännsjö att ha kontakt med bibelvetenskapen. Säkert vill teologerna ge hjälp till en filosof som är intresserad av hur hans argument kan förenas med bibelforskningen, även om han skulle »höra till dem som tror att Gud inte finns».

Maria Moberger  
praktiserande läkare,  
teol kand, Gällivare

### Referenser

1. Fornberg T. Evangelium enligt Matteus 13:53 - 28:20. Uppsala:

Uppsala universitet, 1992: 322-3.

2. Viviano BT. The Gospel according to Matthew. In: Brown RE, Fitzmyer JA, Murphy RE, eds. The New Jerome Biblical Commentary. London: Geoffrey Chapman, 1993: 671.

## Protest mot tobakspropaganda

Får vem som helst som är villig att betala en slant skriva vad som helst i den tidning som är organ för Sveriges läkarförbund?

Jag syftar på den annons om »Bidrag till tobaksforskning» som var införd i Läkartidningen 39/96, där den svenska grenen av nikotinkartellen vill göra sig av med något av sitt överskott till någon som är villig att förneka de »eventuella effekterna av sidoröken» och »de eventuella skadliga effekterna av passiv rökning».

Om man över huvud taget tillåter Svenska Tobaks AB att annonsera i Läkartidningen, borde man åtminstone se upp med hur de förmedlar sitt budskap.

Staffan Ohlsson  
AT-läkare, Lidköping

## Lättare angripa utebliven undersökning

I Läkartidningen 26-27/96 refereras ett ansvarsärende rörande arbetsprovet på en patient som avled i hjärtinfarkt fem dagar senare. Referatet beskriver ett vilol-EKG med T-vågsförändringar som tycks ha tolkats bero på vänsterkammarmhypertrofi; arbetsprovet påvisade god arbetsförmåga, ospecifika prekordiella besvär och ökande T-vågsförändringar. Ansvarsnämnden gör bedömningen att såväl vilol-EKG som arbetsprov var patologiska. Man stödjer sig på ett resonemang angående T-vågsvektorns elaxel.

Mitt inlägg bygger på det korta referatet; den aktuella EKG-registreringen är inte publicerad. Min argumentering kan vara felaktig på grund av detta. Jag antar dock att man diskuterar en T-våg diskordant med QRS-komplexet. Den pa-

tologiska vinkeln mellan vektorerna anges tyda på primär kranskärlssjukdom. Jag förutsätter att det finns vetenskapligt stöd för utlåtandet som har använts för att fälla en kollega. Jag efterlyser referensen man stödjer sig på. Såvitt jag kunde se återfinns inte resonemanget i det svenska samlingsarbetet om arbetsprov [1].

Om viloförändring är patologiskt på grund av en vänsterkammars hypertrofi betraktas vanligen EKG-reaktionen som obediobar snarare än patologisk. Man brukar då luta sig mot andra kriterier, t ex kliniken.

**Två utredningar**

Jag vill relatera två färskas utredningar: Patient 1 cyklar 90W. EKG visar viloförändringar som under arbete progredierar till 4 mm djup ST-sänkning lateralt. Koronarangiografi visar 3-kärlssjuka med huvudstamstenos och ockluderad höger. Patient 2 cyklar 100W. EKG visar viloförändringar som under arbete progredierar till 6 mm djup ST-sänkning lateralt. Utredning belägger normala kranskärl och en åtgärdskrävande mitralisinsufficiens (se Figur).

Ansvarsfallets utgång torde

inte vara oväsentlig för nämndens bedömning. Hade läkaren kunnat ändra förloppet? Beta-blockad och ASA övervägs vanligen, men en medicinerig ex juvantibus är inte självklar: hållbara belegg för primärpreventiv effekt saknas. Bör vi driva utredningen hårdare? Akut koronarangiografi kunde avslöja en kritisk stenosis i tid. Finns det en klinisk som motiverar undersökningen?

Det rupturerade plaketet behöver dessutom inte ge någon kritisk stenosis innan det trombotiserar och ger upphov till infarkten. Det händer att en koronarangiografi efter infarkt visar kärlförändringar, men ingen kritisk stenosis. Jag har sett en patient opererad för infarkt-VSD där kranskärlet var öppna och utan kritiska stenoser.

Bör vi behandla, utreda och neurotisera alla där »det skulle kunna vara något»? Formellt är det oantastligt, och det är betydligt lättare att angripa en utebliven undersökning än en överflödigt undersökning. (Det ligger också i sakens natur att

vid en komplikation mer kritiserar »operatören» än den asteniska indikationsställaren). Detta kan inte vara en eftersträvsvärd sjukvård.

Milos Kesek  
kardiolog, Uppsala

**Referenser**

1. Olle Pahlm, Sven-Eric Svensson, Bengt Wranne, red. Det kliniska arbetsprovet. Svensk förening för klinisk fysiologi 1992.

**Dyrt förebygga kardiell emboli hos lågriskpatienter**

Patienter med mekanisk hjärtklaffprotes som antikoagulantibehandlas löper risk för emboli i storleksordningen 1–4 procent/år beroende på re-

fererade studier och övriga komplicerade riskfaktorer. Utan behandling med antikoagulantia ökar risken 3–6 gånger. Målsättningen för intensiv behandling är att hålla låga protrombinvärden (PT) i området, 10–20 procent.

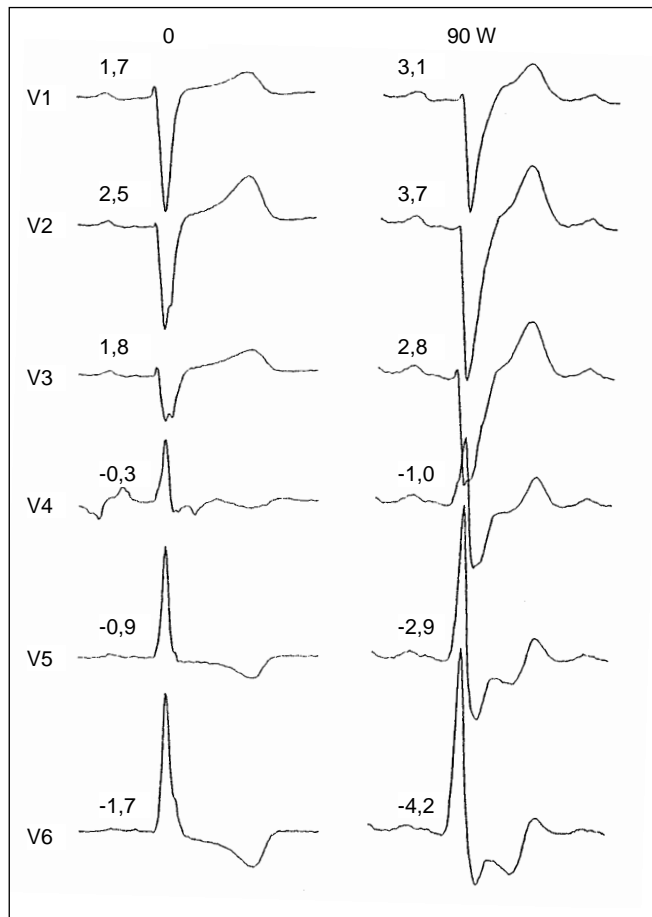
På antikoagulantiamottagningen träffar man då och då patienter som av en eller annan anledning plötsligt uppvisar PT-värden som ligger ovan dessa gränser. Vi på kliniken följer Karolinska sjukhusets praxis beskriven i Läkemedelsboken 95/96 (s 200) dvs vid PT över 40 procent lägger vi in patienter på avdelningen för intravenös heparinbehandling tills PT sjunker till terapeutiskt område. I vanliga fall tar det 3–4 dagar. Dessa riktlinjer är sannolikt likartade över hela landet.

**10 miljoner kr!**

Låt oss anta att vi har en lågriskpatient med PT-värde på 60 procent med kalkylerad 10 procent risk för emboli under ett års tid och att den risken är jämnt fördelad över årets alla dagar.

Under dessa 3,5 dagar (lättare att räkna), då det tar tid att pressa ner PT från 60 procent

**Patient 1**



**Patient 2**

