

Metodologisk oklanderlig undersökning av rollspel välkomnas

Per Lindqvist har i Läkartidningen 39/96 tagit upp frågan om rollspel kan utlösa våldstendenser. Som aktiv inom Sveriges roll- och konfliktspelsförbund, Sverok, möter jag ofta den debatten och vill därför ge en del synpunkter som komplement till vad Peter Wallström och Per Lindqvist skrivit i Läkartidningen 44/96.

Per Lindqvist konkluderar: »Sälunda kan utifrån vetenskapliga studier hävdas att deltagande i rollspel inte är korrelerat vare sig till kriminalitet eller till psykopatologiska tillstånd». Till detta kan fogas att det också finns studier som talar för att rollspelares kriminella tendenser är mindre än hos befolkningen i stort [1].

Frågan om ett samband mellan rollspel och kriminalitet har också i en lång rad ärenden prövats av domstol. I minst ett tiotal mål i USA har försvaret åberopat rollspel som orsak till våldsamt beteende som mord, rån och kidnappning. I inget av dessa fall har rätten accepterat ett samband. Detta talar för att ett eventuellt samband inte kan vara speciellt starkt. Dessutom har åklagaren i Bjuv-mordet Carl-Gustav Pfeiff i intervjuer avfärdat att rollspel ska tillskrivas någon skuld i dådet.

Stärker självförtroendet

Det finns även studier som tyder på att rollspel stärker självförtroendet och självuppfattningen och ökar förmågan att ta kontakt med människor [2]. Dessa positiva effekter har inte lyfts fram speciellt mycket i debatten.

Pengar i omlopp

Lindqvist skriver att det finns mycket pengar inblandade i rollspelshobbyn. Med tanke på att antalet rollspelare i Sverige uppskattas till 100 000–200 000 [3] vore det konstigt om inte mycket pengar skulle finnas i omlopp. Men de pengar som finns att tjäna på att göra rollspel är en bråkdel av vad man kan tjäna på diverse sportaktiviteter (vilket bevisligen ger upphov till många skador varje år). Man bör dessutom betänka att det endast

finns en handfull affärer där man kan köpa rollspelsprodukter i hela Sverige; jämför detta med antalet sportaffärer.

Om man bestämmer sig för att uttröna om det finns en koppling mellan rollspel och kriminalitet uppenbarar sig ett flertal metodproblem. Till att börja med måste man fastställa vem som är att betrakta som »rollspelare». Själv har jag varit aktiv i rollspelshobbyn i mer än tio år och anser mig inte kunna definiera när man är en »rollspelare». Jag kan dock dela uppfattningen att det inte går att utgå ifrån att kritiken är osaklig eller obefogad. Sverok välkomnar därför en metodologisk oklanderlig undersökning och erbjuder sig att medverka om en sådan undersökning kommer till stånd.

Björn von Knorring
pressansvarig, Sverok,
Uppsala

Referenser

1. Abyeta S, Frost J. Relationship of to roleplaying games self-reported criminal behaviour. *Psychological Reports* 1991; 69: 1187-02.
2. Kipper A, David. The effects of two kinds of roleplaying of self-evaluation of improved assertiveness. *Journal of Clinical Psychology*, 1992; 48: 246-50.

Ventilationen i ishallarna bör förbättras

Med anledning av de två fall av akut toxisk lungskada efter ishockeyspel på inomhusarena, som presenterades i Läkartidningen 43/96, vill jag göra följande kommentar.

Det är väl känt sedan slutet av 1980-talet att kvävedioxid från ismaskiner har orsakat toxisk pneumoni hos ett mindre antal ishockeyspelare. Antalet insjuknade är mycket litet i förhållande till det totala antalet exponerade ishockeyspelare. I Sverige finns t ex 70 000 licensierade ishockeyspelare, som varje år under träning och matcher exponeras under 150–250 timmar (beroende på spelarens ålder och nivå).

Enligt finska, kanadensiska och svenska erfarenheter finns risk för alltför höga luftkon-

centrationer av kvävedioxid i små och dåligt ventilerade ishallar. Förutom byte av de oftast gasolldrivna ismaskinernas katalysatorer har i Sverige framför allt en förbättrad och ökad ventilation rekommenderats och genomförts. Inom Svenska Ishockeyförbundets ram har ett utvecklingsarbete av eldrivna ismaskiner pågått de senaste åren. Man är inom kort redo att prova en prototyp av eldriven ismaskin, som erhåller sin kraftförsörjning via elskenor i taket. Byte från gasolldrivna till eldrivna ismaskiner i hela landet kommer dock i praktiken att ta flera år. I kommuner med små eller dåligt ventilerade ishallar bör därför fortfarande mätningar av kvävedioxid regelbundet göras. Vid fall av höga gaskoncentrationer bör i första hand ventilationen förbättras och ismaskinernas katalysatorer kontrolleras och eventuellt bytas.

Ronny Lorentzon

professor, chefsöverläkare, idrottsmedicinska enheten, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

Inrätta en särskild AT-pott för läkare med utomnordisk examen

Undertecknad, som är studierektor i södra Dalarna, skulle vilja ta upp AT-blocken till diskussion och eventuell fråga om kvotering av dessa för läkare med utländsk examen.

Från läkarlinjerna i Sverige utexamineras varje år mellan 700 och 800 läkare som, för att få sin legitimation, för närvarande skall göra 21 månaders praktisk tjänstgöring. Enligt statistik från Läkarförbundet utannonserades 1995 842 AT-block och 1996 823. Socialstyrelsen har föreslagit en ökning till mellan 920 och 960 block för 1995–1996. Detta med anledning av att det sker en ökning av antalet invandrande läkare. De med legitimation från framför allt utomnordiska länder anses i cirka hälften av fallen behöva komplettera sin ut-

bildning med svensk AT-tjänstgöring. Den aktuella siffran för denna invandring ligger mellan 200 och 300 läkare per år. Således sker en ökning med upp emot 150 personer som söker AT-tjänster.

Många av dessa har redan varit yrkesverksamma i de länder varifrån de kommer och skall alltså konkurrera med våra nyutexaminerade läkare, som – om de inte får AT-placering – har svårt att få vikariat med nuvarande bestämmelser.

Som ett exempel kan nämnas att av 64 ansökningar till 4 AT-tjänster våren 1997 i Ludvika utgörs 34 av färdiga läkare från andra länder. Ingen från nordiskt land, fyra från Västeuropa varav en från EU-land. Endast en tredjedel beräknas ha asylskäl. Jag föreslår att en särskild »pott» AT-tjänster inrättas för dessa läkare. Samtliga som ges grundutbildning i Sverige bör beredas AT-tjänster efter 11:e terminen. Det är ett ansvar som åvilar sjukvårdshuvudmännen.

Som det nu är hamnar man som studierektor i ett dilemma. Skall den med erfarenhet från läkaryrket få AT-tjänsten och ställa den utanför som just avslutat sin teoretiska utbildning?

En annan frågeställning som borde engagera Läkarförbundet, särskilt Sylf, är om det är försvarbart att ta emot så många läkare i en tid när arbetslösheten ökar i vår yrkeskår?

Agneta Brounéus
distriktsläkare
vårdcentralen Solsidan
i Ludvika

Replik:

Tillräckligt antal tjänster skall finnas

Invandringen av läkare till Sverige är sedan länge reglerad. Till följd av EES-avtalet (som utöver EU-länderna omfattar Norge, Island och Lichtenstein) råder fri rörlighet för legitimerade läkare från dessa länder. Det innebär att bevis om legitimation och specialistkompetens från de fördragsslutande länderna automatiskt godkänns, och det krävs inget arbetstillstånd. Läkare som kommer från andra länder får emellertid uppehålls- och arbetstillstånd endast av politiska och humanitära skäl; i detta

sammanhang kan vi bortse från ett fåtal korttidsvikarier samt forskare som deltar i s k internationellt utbyte.

Det är inte Läkarsförbundets uppfattning att läkare med svensk utbildning har svårt att konkurrera med kolleger som är utbildade i utlandet. Tvärtom får vi nästan dagligen vittnesbörd om att utländska läkare, som av Socialstyrelsen har ålagts provtjänstgöring eller kompletterande tjänstgöring, t ex i form av AT, har utomordentligt svårt att komma in på dagens kärva svenska läkararbetsmarknad.

Det är lätt att instämma i Agneta Bronéus åsikt att landstingen måste leva upp till sina utfästelser till staten och inrätta så många AT-block att både examinerade svenska läkare och de utländska läkare som Sverige har beviljat uppehållstillstånd får möjlighet att få legitimation. Det skall inte behövas några »potter» för vare sig den ena eller den andra kategorin. Vad som krävs är att regeringen med auktoritet aktualiserar den överenskommen som redan finns mellan staten och landstingen om landstingens medverkan i läkarnas vidareutbildning. Läkarsförbundet verkar i sina politiska kontakter för att staten och landstingen skall ta sitt ansvar för att ett tillräckligt antal anställningar inrättas för såväl AT som ST.

Ulf Schöldström
Utredningsavdelningen

Sylf instämmer och har inget ytterligare att tillägga.

Etablera neonatal intensivvård på Huddinge!

Vi ställde i Läkartidningen 48/96 ett antal frågor till Hugo Lagercrantz som inte svarar på alla men som ifrågasätter vår neonatala intensivvård.

Vid Centrallasarettet i Västerås bedrivs sedan 22 år intensivvård av nyfödda med resultat som väl kan jämföras med regionsjukhusens. Vi har för övrigt ett utmärkt samarbete med Akademiska sjukhuset i Uppsala när det gäller de mest omogna barnen.

Hugo Lagercrantz refererar till 1 000-gramsstudien som initierats av Socialstyrelsens råd för perinatologi. Studien är

ännu inte publicerad, men presenterades bl a på Nordiska perinatalkongressen i Helsingfors 1995. Studien ger inte underlag för Lagercrantz kategoriska uttalande om koncentration av den neonatala intensivvården.

Så vitt vi känner till har Stockholmsområdet i dag klara svårigheter att klara sin egen neonatala intensivvård. Barn skickas till Uppsala. Hugo Lagercrantz säger själv i DN-artikeln att metropoler av liknande storlek som Stockholm har 3-5 enheter för intensivvård av nyfödda.

Koncentrera gärna vården av de mest omogna, men för övrigt måste varje stor förlossningsklinik ha direkt tillgång till barnkliniken med neonatal intensivvård.

Etablera neonatal intensivvård på Huddinge sjukhus, som har en stor förlossningsverksamhet och ju är ett nationellt center för barnnefrologi och -gastroenterologi och därför måste kunna ta hand om svårt sjuka nyfödda med multiorgansvikt. På så sätt kan Karolinska sjukhuset avlastas, Stockholmsområdet klara sin egen nyföddhetsvård och resurser frigöras till bl a BB.

Torsten Berg
docent, överläkare,
Mårten Hallberg
chefsöverläkare,
Centrallasarettet,
Västerås

Replik

När den s k 1000 gramsstudien redovisades under perinataldagarna i oktober i år visades att överlevnaden för de mycket små barnen var signifikant högre vid regionenheterna än vid länssjukhusen med neonatal intensivvård. Skillnaden kvarstod, om än i mindre grad,

Fler bidrag till Läkartidningens serie om »mannen bakom syndromet»/»mannen bakom metoden» välkomnas, men tag kontakt med redaktionen innan du börjar skriva – ett stort antal syndromartiklar är redan beställda eller under arbete!

om man korrigerade för bostadsort.

Självklart vore det önskvärt att få fram resurser så att alla stora förlossningskliniker har direkt tillgång till barnkliniken med neonatal intensivvård av hög kvalitet, såsom ständig neonataljour. Men för att kunna uppnå det måste vi barnläkare gemensamt strida för detta, i stället för att käbbla sinsemellan.

Hugo Lagercrantz
professor,
Karolinska sjukhuset,
Stockholm

Ultraljuds-screening – viktigt värna om kvaliteten i metoden

Vi vill kommentera ett uttalande av tillträdande ordföranden i SBU, Kjell Asplund, i en intervju i Läkartidningen 45/96. Han nämner rutinemässig ultraljudsundersökning under normal graviditet som exempel på värdelösa åtgärder i dagens sjukvård.

För närvarande pågår en av socialministern initierad SBU-utredning om den medicinska nyttan av att erbjuda alla gravida kvinnor en rutinemässig ultraljudsundersökning. SBU har samlat den främsta expertisen i Norden till en utredning som skall lägga fram sin rapport efter rekordkorta 18 månader, sommaren 1997.

Vi utgår från att Kjell Asplund inte har för avsikt att föregripa utredningens resultat. Vi antar därför att han med sitt uttalande inte syftar på den ultraljudsundersökning – ibland kallad »screeningundersökningen» eller »den organiserade ultraljudsundersökningen» – som idag erbjuds alla gravida i Sverige och som är föremål för SBU:s utredning, utan vi utgår från att han måste avse andra ultraljudsundersökningar, som utförts utan indikation vid normal graviditet.

Obstetriska ultraljudsundersökningar skall, för att uppfylla krav på kvalitet och medicinsk ändamålsenlighet, antingen göras som rutinemässig

undersökning enligt ovan eller utföras som en undersökning med en annan medicinsk frågeställning.

Vi delar Kjell Asplunds åsikt att ultraljudsundersökningar därutöver inte kan anses meningsfulla och välkomnar starkt att den tillträdande ordföranden i SBU redan före sitt tillträde vill värna om kvaliteten i medicinska metoder samtidigt som vi emotser resultatet av den pågående SBU-utredningen!

Viveca Odling
docent, ordförande i Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG)
Harald Almström
med dr, ordförande i arbets- och referensgruppen för diagnostiskt ultraljud inom SFOG

Replik:

Uppmuntrande intresse för kunskapsbaserad medicin

Det kan ha sina sidor att, som regeringen gjort, hämta en ny styrelseordförande utifrån, en som inte känner verksamheten i detalj. När Läkartidningsintervjun gjordes kände jag inte till att det faktiskt redan drevs ett SBU-projekt kring ultraljudsscreening under graviditet. Nu vet jag bättre. Det var naturligtvis inte bra att komma inklampande i ett pågående SBU-arbete.

Mitt uttalande byggde på en metaanalys inom Cochrane Collaboration. Sedan den presenterades har nya studier tillkommit. Vi väntar med spänning på den samlade analys SBU:s projektgrupp kommer att lägga fram.

Om inte annat visar reaktionerna på mitt uttalande – Viveca Odling och Harald Almströms är minsann inte de enda – att ultraljudsscreening under graviditet är ett kontroversiellt område där en kunskapsbaserad översiktsanalys är nödvändig. Reaktionerna visar också att Sjukvårdssverige fäster stor vikt vid vad SBU säger och gör. Detta stora intresse för den kunskapsbaserade medicinen är uppmuntrande.

Kjell Asplund
professor, medicinkliniken, Umeå, från årsskiftet styrelseordförande i SBU