

Om impaktfaktorn igen!

■ British Medical Journals utmärkta kostnadsfria prenumerationstjänst »Cite-Track Alert« påminde om impaktfaktorn som Josef Milerad och jag – ännu utan reaktioner – försökte starta en debatt om i Läkartidningen [1, 2]. Genom en enkel musklickning i e-brevet från BMJ på <http://bjr.birjournals.org/cgi/content/full/74/877/1> fick jag tillgång till en fulltext-artikel i British Journal of Radiology som berör bland annat det som Josef Milerad betonade, nämligen att impaktfaktorn endast gäller citering på kort sikt [2].

Vad är impaktfaktorn?

Impaktfaktorn är ett mått på hur ofta en tidskrifts artiklar blir citerade, och definieras som det antal gånger en tidskrifts artiklar blir citerade dividerat med det antal artiklar som skulle kunna ha citerats. Resultaten publiceras av Institute for Scientific Information i Philadelphia, ISI, i Science Citation Index.

En exaktare algoritm ges i följande exempel, hämtat från en artikel av Whitehouse [3]:

Om A = antal refererade citat från artiklar publicerade av en viss tidskrift under åren 1996 och 1997 i alla de tidskrifter som ISI indexerar under 1998, och B = totala antalet artiklar publicera-

de under 1996 och 1997 i samma tidskrift, så är impaktfaktorn för tidskriften i fråga under 1998 lika med A dividerat med B.

Halveringstid för citat – nytt begrepp!

Whitehouse myntar i sin artikel begreppet halveringstid för en tidskrift. Det definieras som antalet publikationsår som svarar för 50 procent av totala antalet citat en tidskrift fått under ett givet år [2].

För British Journal of Radiology uppnås för 1999 halveringstiden efter 9 år, då 50 procent av citaten som tidskriften erhöll detta år kom från artiklar publicerade 1990 och framåt. Bara 12 procent av citaten för 1999 kommer från artiklar publicerade de föregående två åren som ISI bygger sin impaktfaktorberäkning på.

Kortsiktighet gynnar områden med snabb kunskapsstillväxt, som t ex molekylärbiologi, med kort tid från manuskript till publikation, medan radiologin är ett område där tidskrifters »halveringstider« är betydligt längre [3, 4].

Läkekonstens vetenskaper räknas inte!

Dessutom tar författaren upp det som jag också påpekade, nämligen att selektionen av tidskrifter från vilka man beräknar impaktfaktorn är begränsad till 3 200

av 126 000 vetenskapliga tidskrifter [3], och där tidskrifter från psykologi, sociologi eller omvårdnad inte alls räknas [1].

Vad säger ni på universiteten?

Detta är allvarligt, och liksom Josef Milerad efterlyser jag en debatt med ansvariga för utformningen av akademiska meritportföljer på svenska medicinska fakulteter!

Hur mycket tar ni hänsyn till impaktfaktorpoäng beräknade enligt traditionella metoder, och hur värderar ni arbeten publicerade inom områden som omfattas av läkekonsten men där dessa poäng saknas?

Hans Thulesius

*distriktsläkare och doktorand
i allmänmedicin, Växjö*

Referenser

1. Thulesius H. BMJ inte med på impaktfaktorlista. Läkartidningen 2000; 97:5375-8.
2. Milerad J. Replik: Impaktfaktor är ett mått på läsvärdet, men ingen kvalitetsgradering. Läkartidningen 2000; 97:5375-8.
3. Whitehouse GH. Citation rates and impact factors: should they matter? Br J Radiol 2001;74:1-3.
4. Moed HF, Van Leeuwen TN. Impact factors can mislead. Nature 1996;381:186.

Klarar laparoskopisten konvertering till öppen laparotomi?

■ I Läkartidningen 17/01 (sidorna 2036-46) skriver Lars Räf om riskerna vid laparoskopisk kolecystektomi, och hur man skall förebygga komplikationerna. Det skrivna är väl genomarbetat och är läsvärt för både kirurger och andra och kan varmt rekommenderas.

Antalet operationer

Emellertid finns det ytterligare en aspekt som är väl värd att kommentera, och det är kvantiteten operationer i förhållande till erfarenhetsupbyggnaden.

Under min tid som chef för kirurgkliniken vid universitetssjukhuset i Bergen var jag med om att lära upp två unga kirurger i laparoskopisk kolecystektomi genom att låta dem ägna sig åt detta på heltid i två veckor vardera. Det innebar att de gjorde 30 sådana operationer på kort tid och att de då blev tekniskt tämligen säkra på ingreppet.

I samband med konverteringarna, tre fall för den ene och fem fall för den andre, visade det sig emellertid att ingen av dem hade varit med om någon öppen kolecystektomi tidigare. De hade därför större erfarenhet av att bedöma situa-

tionen genom laparoskopet än via en laparotomi!

Drygt 7 000 ingrepp år 1998

I Sverige gjordes 1998 7 044 laparoskopiska kolecystektomier och 3 213 öppna kolecystektomier. Till detta kommer 243 fall där båda operationskoderna förekom, vilket rimligtvis borde innebära att man konverterat operationen från laparoskopisk till öppen.

Om man utgår från att av Sveriges cirka 1 300 kirurger 1 000 säger sig operera gallsten innebär det att de »statistiskt« gör sju laparoskopiska och tre öppna gallblåseresektioner, och att de vart fjärde år konverterar från laparoskopisk till öppen laparotomi.

Om vi endast anser att hälften av kirurgerna ägnar sig åt denna typ av kirurgi blir det ändå bara 14,6 respektive 0,5 operationer per år.

Klarar laparoskopisten att konvertera?

Sett över tiden 1992–1998 vet vi dessutom att andelen laparoskopiskt opererade gradvis ökar. Räcker då verkligen patientmaterialet till för att alla skall

först läras upp och sedan självständigt göra laparoskopier? Och – ännu mer värt att ifrågasätta – klarar laparoskopisten av att göra en konvertering till öppen laparotomi?

Denna aspekt borde också diskuteras.

Åke Andrén-Sandberg

*områdeschef, Drottning Silvias
barnsjukhus, Göteborg;
tidigare professor och klinikchef,
kirurgkliniken, Haukeland Sykehus,
Bergen*