

# En tidsspegel för medicinen

»Vilken rikedom av vetenskapligt och socialt material har inte tidningen förmedlat till läkarkåren ... Den har varit en utomordentlig tidsspegel. Det är på en gång roande och högtidligt att under en vandring genom dess årgångar få uppleva vad som hänt i läkekonstens värld under en tidsperiod, som väl förtjänar att kallas ett framgångsrikt halvsekel.«

■ Så skrev *Gustaf Myhrman* när Svenska läkartidningen fyllde 50 år [1]. År 2004, efter ett ännu mer framgångsrikt halvsekel, känns det relevant att också återge några ord från tidningens första provnummer för 100 år sedan:

»Den vetenskapliga utvecklingen går fortare än någonsin förut. Den väldiga anhopningen av nya rön riskerar att växa läkarna över huvudet« [2].

## Praktik, teori och samhällsreformer

Läkartidningen som spegel för medicinsk utveckling – och förändringarna i läkarens roller – avhandlas i en rad artiklar under jubileumsåret 2004. Här bara några tidiga exempel för att belysa spännvidden, mellan teori och jordnära praktik, från läkarens arbete med patienter till rollen som kommunal hälsovårds-expert och samhällsreformator.

Aktuella Nobelpris uppmärksammades från tidningens start, både ämnen av stort kliniskt intresse – som *Niels Finsens* resultat av ljusbehandling vid lupus vulgaris (med bilder) [3] – och mer teoretiska, som pristagarnas egna föreläsningar om neuronforskning [4, 5]. Experimentell forskning om cancer och polio [6, 7] belystes, liksom t ex ytterplagg för liggkuren vid sanatorier.

## Författare



Yngve Karlsson

Redaktör Yngve Karlsson, med dr h c, var medarbetare i Läkartidningen 1980–1999 som redaktionschef och samordnare i den medicinska redaktionen.

Läsarna blev orienterade om vattenklosetter och mimimikrav på bostäder men också om genomgripande reformer, t ex förslag att humanisera psykiatrin och kriminalvården [8–10].

Naturligtvis fick folksjukdomar som tuberkulos, barnförlamning, influensa (spanska sjukan), cancer och könssjukdomar stort utrymme, även om det under de första 50 åren var glest mellan rapporter om effektiva botemedel som salvarsan mot syfilis, sulfapreparat och penicillin.

## Ärligt om misstag

I den medicinska mixen ingick fallbeskrivningar. Glädjen när det gått bra speglas i rubriken »Ett tack vare röntgen diagnosticerat fall av hjärntumör; operation, hälsa« [11]. Det var sällsynt att läkare skrev om egna misslyckanden, men det förekom. *Emil Bovin* [12] redovisade »Tvänne diagnostiska misstag rörande intra- eller extrauterin graviditet« och inledde:

»Efterföljande fall, som just icke tala fördelaktigt om min diagnostiska förmåga, har jag trots mig böra publicera i förhoppning att de, liksom de varit mig till stor lärdom, skola förhindra, att möjligen någon kamrat råkar i liknande villfarelse som jag, och att en patient utsättes för ett oriktigt ingrepp.«

Misstagen ledde i det ena fallet till att patienten dog. Den modige skribenten blev 19 år senare ordförande i Läkarförbundet.

Fram till mitten av 1930-talet refererades enstaka ärenden om läkares misstag, fall som prövats av Medicinalstyrelsen och särskilt sådana som väckt uppmärksamhet i dagspressen. Dödsfallen på Maria sjukhus 1935, vilka ledde till

Den medicinska världens tradition av kritisk granskning har också präglat Läkartidningen. Debatten har ständigt fungerat som ett kvalitetstest. Senare tiders hovsamt uttryckta kritik är mild jämfört med de första årens.

Lex Maria, ökade intresset för ansvarsfrågorna. Det dröjde emellertid till 1945 innan tidningen publicerade årliga översikter över fall som varit uppe i förbundets prövningsorgan, den 1932 inrättade Läkarnas ansvarighetsnämnd [13]. Redovisningen fortsatte till mitten av 1980-talet.

År 1948 fick redaktionen Medicinalstyrelsens tillstånd att (efter anonymisering) referera de ärenden som anmälts till dess disciplinnämnd – som då fick 300–350 klagomål mot läkare per år [14]. Dessa fall tillhör de inslag i tidningen som genom tiderna debatterats flitigt, särskilt sedan Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd kom till. En första djupanalys av ansvarsfallen kom 1963 [15].

## Renhållande debatt

Den medicinska världens tradition av kritisk granskning har också präglat Läkartidningen. Debatten har ständigt fun-

gerat som ett kvalitetstest. Senare tiders hovsamt uttryckta kritik är mild jämfört med de första årens. Läkare som skrev intyg till tillverkarna om hur bra nya läkemedel (också deras egna innovationer) var hängdes ut i spalterna, liksom kolleger vilkas insatser framställts i okritiskt gynnsam dager [16-19].

Upp till bevis, manade t ex redaktionen sedan en landsortstidning prisat en läkare som använt en »unik förlossningstång, vars make ingen läkare i Sverige lär äga ... Veterligen har ingen läkare i Sverige, kanske icke i hela världen, förr utfört dylika förlossningsoperationer«. När »syndaren« senare berättat om sina resultat på ett läkarmöte betecknade tidningens andreredaktör *Hjalmar Forschner* framställningen som lögnaktig; indirekt framställdes läkaren som »en humbug och en inkollegial reklamakare« ...

### Impulser utifrån

Impulser från utlandet har från tidningens start förmedlats genom referat av tidskrifter och böcker samt rapporter från studieresor och kongresser. Inför 1928 utlovades dessutom referat av vetenskapliga arbeten utgivna av svenska läkare [20].

Det finns alltså en lång tradition (i varje fall som ambition) bakom den ökade satsning på aktualiteter som präglat tidningen de första åren på 2000-talet. Då skulle tidningen presentera ett fylligt och kritiskt granskat urval av kliniskt och grundvetenskapligt nyhetsmaterial. På den medicinska sidan tillkom avdelningen »Nya rön« med snabba referat av artiklar i utländska tidskrifter, vilket ökade ämnesbredden.

Bokanmälningar, som ofta fått formen av »läsfrukter«, ibland av debattinlägg, har sedan tidningens tillkomst bidragit till bredden. Från starten till 1940 publicerades ca 25 per år, därefter varje år ungefär dubbelt så många fram till 1970- och 1980-talen. Då närmast »exploderade« avdelningen med 300–400 recensioner vissa år.

Det finns alltså gott om fynd för den som vill botanisera i bokspalternas tidspegel. Exempelvis recensioner av *Alva och Gunnar Myrdals* »Kris i befolkningsfrågan« [21], *Lubbe Nordströms* »Lortsverige« [22] och *Rachel Carsons* »Tyst vår«, miljörelsens väckarklocka [23].

### Allmänna mål

För första gången tog redaktören *JP Edwardson* i anmälan inför 1938 till hönorsord som med små justeringar uppreps i tidningens ledare ända in på 2000-talet: hög vetenskaplig kvalitet, bredd, aktualitet, relevans, tillgänglighet och

användbarhet eller nytta för läkarna [24-26].

Åren kring 1940 innebar allmänt sett en vitalisering av Läkartidningen. Till detta bidrog att en ny redaktör, Gustaf Myhrman, inte som sina föregångare behövde splittra sin tid mellan tidningen och arbete i Läkarförbundet. Han var dessutom en flitig skribent med journalistisk talang.

Förnyelsen märks också från 1941 i årsregistren, som mer systematiskt speglar innehållet. Vetenskapligt medicinska artiklar fördelades på specialiteter, och övrigt material grupperades under rubriker som medicin- och kulturhistoria med reseberättelser, socialmedicin, medicinalpolitik och kärpolitik (med särskilda sökord) etc. Först 1966 infördes emellertid professionellt utformade register med ämnesord enligt Index Medicus. Från 1965 är dock Läkartidningens medicinska artiklar sökbara i den internationella databasen PubMed. Och från 1990 kan man ju söka fram artikelreferenser, från 1996 också fulltext, i Läkartidningens Internetarkiv.

### Schola postgraduata

Att bidra till efterutbildning av läkarkåren har alltid betraktats som Läkartidningens främsta medicinska uppgift. Det underströks både vid förnyelsen av tidningen 1965 och i senare programförklaringar [26, 27]; tidningen betraktas som »hjärtpunkten i läkarkårens livslånga lärande«.

Före första världskriget bestod översikterna främst av auktoriteters långa föredrag, ibland fördelade på tre–fyra nummer. Under kriget fanns en tendens till mer systematisk efterutbildning, och under de sista ofärdsårens trycktes en serie översikter om krigslitteraturen från olika specialiteter. Liknande ansatser förekom också under andra världskriget – under båda perioderna tog man allvarligt på risken att också Sveriges läkare på hemmaplan kunde ställas inför krigsskadorna.

Från början av 1940-talet gjordes sporadiska försök med kortare kliniska översikter, men det dröjde till slutet av 1950-talet innan Läkartidningen försökte tillfredsställa behovet av efterutbild-



En stor och ökande målgrupp för tidningens kunskapsförmedling är allmänläkarna, underströk primärvårdens nestor Gustav Haglund när han 1980 introducerade en rad artiklar som skräddarsyts som efterutbildning för allmänläkare. Idégivare till serien var en 1979 skapad informell grupp, allmänläkarpanelen, som levde kvar till 1999.

ning mer systematiskt. Det fick formen av Schola Postgraduata Medica, som debuterade 1957 med *Åke Liljestrand* som redaktör [28]. Tio gånger per år till och med 1964 fick läsarna en omfattande artikel i serien. Exempelvis avhandlades terapi vid lungtuberkulos, epilepsi och diabetes, behandling med kortikosteroider och ACTH, depression i allmän praxis och leverdiagnostik.

På ett nordiskt tidskriftsmöte i maj 1957 betecknades Schola-initiativet som en av de viktigaste nyheterna i nordisk medicinsk press under efterkrigstiden.

Från 1965 till och med 1972 ersattes serien av läkemedelssupplement, upp till fyra per år, först med *Åke Liljestrand*, från 1968 med *Sune Rosell* som huvudansvarig.

### Nygamla medicinska mål

Inom tidningens medicinska redaktion och vid möten med referenterna – som från 1965 till sekelskiftet ökade från 70 till mer än

200 – preciserades tidningens medicinska mål inom den allmänna ramen från starten [29]. Tre huvudpunkter lyftes fram:

- Uppdatera grunden för alla läkares arbete, inklusive kunskapen om »folksjukdomar«.
- Förbered läsarna på utveckling som förändrar den medicinska »världsbilden« och som snart kan påverka också vardagsjukvården.
- Orientera över specialitetsgränserna och belys även etiska och hälsoekonomiska aspekter [30, 31].

I den inriktningen finns det plats både för det »som är nyttigt för mannen i fältet« och för den teoretiska bakgrunden, men balansproblem har inte saknats [32].

Relevant för vilka i en så högt specialiserad kår som läkarnas? Hur mycket fördjupning kan man tillåta i översikter för en så bred läsekrets – när ett viktigt mål är tillgänglighet (»skriv kort«)? Och vilken typ av originalartiklar hör hemma i Läkartidningen?

En stor och ökande målgrupp för tidningens kunskapsförmedling är allmänläkarna, underströk primärvårdens nes-

**ANNONS**

**ANNONS**

tor *Gustav Haglund* när han 1980 introducerade en rad artiklar som skraddarsyts som efterutbildning för allmänläkare [33]. Idégivare till serien var en 1979 skapad informell grupp, allmänläkarpanelen, som levde kvar till 1999. Den kan sägas ha fullföljt tidningens ursprungliga intentioner att belysa praktisk medicin och sådana frågor som mer handlar om beprövad erfarenhet än om strikt vetenskap. Namnen på några serier som initierades i panelen speglar karaktären: »Enligt min erfarenhet«, »Så behandlar jag« och »Omprovningen«.

Omfångsrika symposier och temanummer – som fick mer liv genom att mycket skrevs av medicinreportrar – utgjorde en betydande del av tidningens medicinska material under 1960- och 1970-talen.

Ett nytt inslag blev från 1974 schematiska riktlinjer för diagnostik och behandling, först av hypertoni [34]. Att ta fram sådana scheman var emellertid tidsödande, och denna »kokboksmedicin« passade inte för så många ämnen.

#### Medicinska ledare signeras

År 1974 introducerades också »Medicinsk kommentar«, ett forum för signe-

rade ledare med aktuella översikter och kommentarer av intresse för större läsargrupper [35]. Det hade visat sig kontroversiellt att låta enskilda läkares synpunkter i främst medicinska frågor framställas som förbundets i de osignerade ledarna. Därmed fick tidningens medicinska redaktion ansvaret för allt medicinskt material, och förbundets ledare en mer renodlat facklig profil

På 1980- och 1990-talen strävade redaktionen efter att få det viktigaste från symposierna redovisat i mindre format. Temanumren ersattes med serier, inte minst om nya medicinska fält, med inriktning på t ex molekylärmedicin och tillväxtfaktorer parallellt med kliniskt inriktade serier om bl a slaganfall, diabetes och nya infektioner. Spännvidden var så stor att det också fanns utrymme för en serie om vetenskapsteori.

Av och till har originalartiklarnas karaktär i Läkartidningen diskuterats. Slutsatsen har blivit att t ex studier av specifika svenska förhållanden, bl a kvalitetskontroll, har en plats i mixen. De kan vara en nyhetskrydda och öva läsarna i kritiskt vetenskapligt tänkande.

Även »den mer eller mindre ensamme kollegan, vars dagar och i stor ut-

sträckning nätter fylls av patientproblem ... behöver stimuleras av glimtar från vetenskapens värld och verkstäder, för att förstå och för att känna såväl sin samhörighet som sitt värde« [32]. Läsaren blir också genom att konfronteras med vetenskapliga originalarbeten »påmind om hur vanskelig forskning är och hur kritiskt alla påståenden måste bedömas« [36].

#### Nya tendenser

Att belysa nya tendenser ingår i målsättningen. Det har gällt t ex nya företeelser som hälsoekonomiska analyser, kvalitetsgranskning (Medicinsk revision) [37, 38] och senast evidensbaserad medicin [39]. Att lägga kvalitetsribban rätt och att finna kompetenta referenter har varit problem också när det gällt artiklar från nya områden innan de utvecklats i egen vetenskaplig tradition, t ex omvårdnadsforskning och genusmedicin, särskilt när de hämtat metoder från andra discipliner är medicinen.

Satsningen på evidensbaserad medicin (EBM) i Läkartidningen 2000–2002 var en av de största under de senaste decennierna. Samtidigt som serien – med både bred orientering och kritisk debatt

## Tre R irriterade: referentbedömningen, refuseringarna och kraven på reduktion av artiklarnas omfång

■ Tre nyheter i behandlingen av det medicinska materialet i Läkartidningen 1965 irriterade till en början skribenterna: referentbedömningen, refuseringarna och kraven på reduktion av artiklarna. Professor *Gunnar Birke*, som var medicinsk redaktör 1965–1981, fick ägna mycket tid åt att förklara skälen.

– När det första numret av den nya Läkartidningen skulle komma ut ringde en säregen, charmig medicinläkare vid namn *Josua Tillgren*. Hej Gunnar! Jag skickar väl manuskriptet till tryckeriet som vanligt? sa han. Han blev mycket deprimerad när jag svarade att det skulle inte gå till på det viset längre.

– Och när jag refuserade ett epos, med klara rasistiska inslag, från den legendariske medicinprofessorn *Erik Ask-Upmark* krävde han att Läkarförbundets styrelse skulle avsätta mig. *Lars Werkö*, som var ordförande, svarade: Vi har utsett Birke och litat på hans omdöme.

– Alla tidningar av värde i medicinen hade redan på den tiden utomstående

faktagranskare. Vi talade om för specialistföreningarna vilken typ av läkare vi ville ha, och vi fick mycket bra referenter. Men många rutinerade skribenter ansåg det under sin värdighet att bli granskade. Också refuseringarna –

omkring 30 procent av manuskripten röntes det ödet – retade författare, men det bidrog till att öka tidningens status.

– Huvuddelen av mitt arbete lade jag nog ner på att beställa material – främst från symposier vid Riksstämman och andra möten där det hållits föredrag som vi bedömde vara av hög kvalitet. Tidigare hade skribenterna fått utbreda sig hur mycket som helst, så det var förstås svårt



*Gunnar Birke, medicinsk redaktör 1965–1981.*

FOTO: VIVIANNE LINDBERGH, HS MEDIA

att hålla symposierna inom rimliga gränser. Förändringen av tidningen innebar ju något av en revolution, det gällde att gå fram försiktigt. Min policy var att förnya tidningen men att inte förarga folk i onödan, säger Birke.

#### Gott samarbete

*Hur var det att som medicinskt ansvarig samarbeta med två f d kvällstidningsjournalister, Gunnar A Olin, som var allmän chefsredaktör, och Åke Thomson, redaktionssekreterare och senare redaktionschef? Och hur var förhållandet till tidningens ägare och annonsörerna?*

– Olin hade jag bara bekymmer med en gång, när han på egen hand godkände en ledare om narkotika, en artikel som borde ha nyanserats. När den kom ut hade jag alla psykiatriprofessorerna i telefon. Efter det skrevs det ingen artikel med medicinskt innehåll utan att jag hade godkänt den, säger Birke.

– Åke Thomson var en klippa genom både sin person och sina kunskaper och känsla för svenska språket. Han var fe-

om begreppet – är ett inslag i en ny internationell rörelse kopplar den tillbaka. I en avslutande ledare [40] betonas att evidensbaserad medicin egentligen endast är en omformulering av devisen »vetenskap och beprövad erfarenhet«. Dock har, sägs det, EBM återupprättat den kliniska, patientnära forskningen och den oberoende vetenskapliga granskningen, fri från allmänt tyckande, prestige och kommersiella intressen.

### Meritvärde och priser

»Författaren med vidareutbildningens väl för sina ögon är en rara avis. En motsvarighet till den gloria som numera redan tidigt tänds över forskarens huvud lyser tyvärr sent eller aldrig över lärarens« [32], klagade *Dag Knutson*, ansvarig utgivare 1949–1963. Mot slutet av seklet var obalansen i meritvärde mellan originalartiklar på engelska och översikter på svenska ännu mer markant.

Visserligen har Läkartidningens artiklar betydelsefull »impact« på svenska läkares arbete och vårdens sätt att fungera, och goda skribenter blir uppmärksammade också av dem som fördelar anslag [41]. Det är emellertid viktigt att

höja också det formella meritvärdet av artiklar skrivna för Läkartidningen [42]. Som stimulans till skickliga skribenter började redaktionen dela ut pris till de bästa artiklarna i olika kategorier, med start för publiceringsåret 2000 [43].

### Referenter in på scenen

Även om det finns en betydande kontinuitet i Läkartidningens innehåll genom de 100 åren kan 1965–1966 betecknas som en brytpunkt. En professionalisering av tidningsmakeriet inleds när fackliga läkare lämnar över ledningen till journalister, redaktionen börjar utökas, chefredaktören blir ansvarig utgivare och kvalitetsgranskningen av det medicinska innehållet förändras genom att specialistgranskare, referenter, kopplas in.

Steg för steg har yrkesetiken för medicinsk publicering sedan byggts ut: skärpta krav på manuskript och författare, redovisning av jäv och intressekonflikter etc. Den medicinske redaktör som inledde denna process i Läkartidningen var professor *Gunnar Birke* (se intervju nedan).

Tidigare hade tidningen följt den öppna dörrens politik:

»En kollega skall någonstans finna ett fritt forum och i detta få publicera sig så länge han håller sig på den rätta sidan om gränsen för ärerörighet och otillfredsställande kvalitet, och de på meriter samlade måste någonstans ha att ta vägen« [32].

### Publiceringens »svarta låda« öppnas

Yrkesreglerna för medicinsk publicering byggde vidare på de etiska reglerna för läkare, forskare och massmedier. För att garantera korrekt och nyanserad information och undvika »publicistisk oredlighet« utformades – med början 1979 i den sk Vancouvergruppen av medicinska redaktörer – etiska regler också för vetenskapliga författares, referenters och redaktörers arbete.

Sex år senare kom BMJ-redaktören *Stephen Locks* pionjärarbete om referentsystemets för- och nackdelar [44]. Problem finns kvar, men ingen har ännu hittat något bättre ...

Ökad insyn i och forskning om vad som händer i »publiceringens svarta låda« har varit lösenordet för utvecklingen [45], som är en parallell till medicinens »tredje revolution«, dvs kraven

nomenalt skicklig på att finslipa artiklarna när jag godkänt dem i sak.

– Varken förbundets ordförande eller VD försökte komma med någon pekpinne till mig. Det berodde väl delvis på att tidningen tjänade pengar till förbundet och på att den också i övrigt var framgångsrik. Varför skulle man gnälla på ett vinnande lag?

– Inte heller förekom det försök till påtryckningar från annonsörerna, läkemedelsindustrin. Men vi hade bekymmer med den allmänna debatten. Läkartidningen hade så mycket annonser om läkemedel att vi antogs vara beroende av industrin. Det tog sig dock aldrig sådana uttryck att det fanns anledning att föra någon djupare debatt om det. Och vi var frikostiga med att publicera kritik mot industrin, minns *Birke*.

– Vi var förstås öppna också för annan debatt, och vi hade sällan något besvär med den. Politiska inlägg och personangrepp var sällsynta; debatterna gällde främst avgränsningen av nya ämnen, och de var då som regel väl etable-

rade medicinskt och fackligt. Läkarkåren var ju på den tiden också väldigt auktoritetsbunden; sa professorn något var det tyst i klassen.

– Då var det en förfärlig dominans av män bland skribenterna. Egentligen underligt, för när jag tjänstgjorde på olika ställen fanns där åtskilliga kvinnliga läkare, men det var väldigt sällan de skrev någon artikel. De var varken förtryckta eller förföljda, men de hade jämnt sjå att hävda sig. Sedan blev det ju en revolution. När jag kom till Huddinge sjukhus 1972 var det fullt med kvinnliga läkare på kliniken, och de var väl så duktiga som männen. Jag vet inte om kvinnor är mer självkritiska, för de skriver inte så mycket. Men det måste vara ett helvete att vara kvinna och göra karriär, med man och barn, att samtidigt vara älskarinna, barnsköterska och karriärst.

### Maktposition med hög belastning

*Det måste ha varit en stor arbetsbörda att vara ensam medicinsk redaktör, vid*

*sidan av heltidsarbetet som läkare, professor i medicin och chef för Konung Gustav V:s forskningsinstitut?*

Som ung medicinprofessor blev *Birke* sakkunnig på praktiskt taget alla professioner inom medicin, njurmedicin och yrkesmedicin. Det gav överblick över utvecklingen inom stora områden och stor personkännedom. Forskning och läkararbete gav goda kontakter med andra specialiteter – så det var lätt att få råd.

– Så kom från 1972 biträdande medicinska redaktörer, särskilt kirurgen *Lars Räf* bland de nya var mycket aktiv. Dessutom hade jag väldigt bra sekreterare, t ex *Christina Kjellberg*, *Yvonne Söderberg* (numera *Bäärnhelm*) och *Carin Jacobsson*; alla är trogna tidningen men idag i nya roller.

– Även om jag koncentrerade mig på att bara övergripande bedöma artiklarna och att få referenternas synpunkter beaktade var det ett enormt jobb att vara ensam medicinsk redaktör. •

att hälso- och sjukvården måste redovisa sina resultat [37].

Läkartidningens krav på manuskript och skribenter har successivt anpassats efter Vancouvergruppens förslag (gruppen heter nu officiellt International Committee of Medical Journal Editors, ICMJE). 1983 redovisade tidningen hur redaktion och referenter arbetar för att artiklarna skall ha »stort nyhets- och utbildningsvärde för läsarna, och det medicinska materialet skall hålla hög vetenskaplig kvalitet» [46]. Två år senare behandlades vad som kvalificerar till författarskap och »acknowledgement», liksom frågan om potentiella intressekonflikter och jäv [47].

Formuleringen »vi förutsätter att författare redovisar sådana förhållanden som kan innebära en intressekonflikt» skärptes senare till krav på författarna att redovisa anknytning till kommersiella intressen eller ekonomiskt stöd från företag etc [48, 49].

Dessa och andra inslag i god publicistisk praxis började diskuteras också vid referentmöten i mitten av 1980-talet. Referenterna uppmanades att tacka nej till att bedöma en artikel om de ansåg sig

*Vetenskaplig redlighet, som innebär bl a att forskaren inte friserar sina resultat för att få dem att stämma med hypotesen, är ett nyckelbegrepp även i den medicinska publiceringens etik.*

## Läkartidningens medicinska redaktörer

Gunnar Birke 1965–1981  
Lars Räf 1972–1989  
Sune Rosell 1972–1983  
Johan Cullberg 1972  
Gustav Haglund 1972–1980  
Göran Holm 1979–1986  
Ingvar Krakau 1980–2000  
Bertil Fredholm 1983–1999  
Jan Wälinder 1984–1994  
Kjell Hellström 1985–1996  
Bo Siwers (vik mars–september 1986)  
Johan Calltorp 1986–2000  
Jon Ahlberg 1989–  
Hans Ågren 1995–2002  
Agneta Bergqvist 1995–2001  
Jan Östergren 1996–  
Carl Johan Sundberg 1999–  
Mats Eliasson 2000–  
Anders Håkansson 2000–  
Barbro Fridén 2001–  
Margaretha Bågedahl-Strindlund 2002–

## Medicinsk chefredaktör

Josef Milerad 1999–

vara »jäviga«. Helt lätt har det inte varit att precisera var gränserna går för potentiella bindningar och jäv, för att citera JAMA:

*»The term conflict of interest should apply not only to the possibility of financial gain for referees, but also to other ... interests ... such as the possibility of otherwise unmerited gains in priority of publication, personal recognition, career advancement, increased power, or enhanced prestige» [50].*

### Öppenhet om »jäv»

Redaktionen prövade länge från fall till fall om det kunde finnas problem med bindningar. Första gången sådana redovisades i tryck i Läkartidningen var 1994 i samband med ett symposium om *Helicobacter pylori* [51]. Då hade Vancouvergruppens nya råd om vad som begränsar möjligheterna att vara opartisk – och konsekvenserna för författare, referenter och redaktion – nyligen kommenterats i tidningen med exempel på intressekonflikter:

*»Ekonomiska relationer med företag (t ex som anställd, konsult, aktieägare eller expertvittne) direkt eller genom familjemedlemmar. Också personliga relationer och konkurrens om t ex akademiska meriter, ekonomiska resurser och uppdrag etc kan vara 'riskfaktorer' – inte minst i en sjukvård med köp-sälj-system ... Öppenhet är nyckelordet, dvs alla som deltar i bedömnings- och publiceringsprocessen bör avslöja sina intressekonflikter» [52].*

Under 2002 gavs en aktuell tolkning av detta i nya anvisningar till författare,

när redaktionen följde British Medical Journals föredöme: Alla skribenter avkrävs en skriftlig förklaring i frågan [53, 54]. Öppenheten skall gälla »personliga eller professionella omständigheter eller kommersiella relationer med företag eller organisationer som kan antas kunna påverka trovärdigheten eller författarens syn på det aktuella ämnet».

Men »en referentgranskad artikel i Läkartidningen ... bör inte betraktas som en partsinlaga även om en deklarerad intressekonflikt föreligger». I regel blir slutklämmen: »Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.»

I ett temanummer om medicinsk publicering 2002 fastslogs att Läkartidningens ambitionsnivå är anpassad till internationella krav [55], och hösten 2003 introducerades ett r-sigill för artiklar som granskats av referenter. Som ett bevis på hur den känsliga jävsfrågan mognat redovisade också de medicinska redaktörerna sina potentiella bindningar i en artikel om den vetenskapliga granskningen av artiklar [56].

Debatten torde fortsätta, liksom lyckligtvis läsarnas kritiska granskning även av artiklar som referentgranskats och där inga potentiella bindningar redovisats. •

I Läkartidningens elektroniska arkiv <http://ltarkiv.lakartidningen.se> är artikeln kompletterad med fullständig referenslista.