

tor *Gustav Haglund* när han 1980 introducerade en rad artiklar som skraddarsyttis 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 signerar

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. •