

# Har Tidsskriftet for lang publiseringstid?

Tidsskriftet er et viktig forum for faglig oppdatering for norske leger og bør stimulere til bidrag fra erfarne kolleger. Publiseringprosessen må være rask og strømlinjeformet. I en analyse av aksept og publiseringstider finner vi generelt altfor lang publiseringstid med stor og uakseptabel variasjon. De medisinske redaktører er viktige premissgivere for publiseringprosessen. Tidsskriftet bør legge vekt på veiledning i pedagogisk fremstilling av stoffet og mindre på språklig petitesse.

■ Forfattere av vitenskapelige publikasjoner og redaktører av vitenskapelige tidsskrifter har et felles ønske om at publiseringstiden skal være så kort som mulig. Den redaksjonelle prosess forutsetter et godt samarbeid mellom forfatter, fagfelle (referee) og redaksjon. Gode fagfeller er avgjørende for kvalitet, den medisinske redaktør på sin side skal organisere fagfellene og avlaste sjefredaktør, mens den viktigste faktor for et godt tidsskrift er at forfatter sender inn gode manuskripter. Hensikten med denne artikkelen er å belyse publiseringprosessen i Tidsskriftet for å sikre at forfattere opplever det som interessant å publisere i Tidsskrift for Den norske legeforening (Tidsskriftet).

Både forfatter og leser ønsker at tiden det tar fra innlevering av manuskript til det er ferdig publisert er så kort som mulig, slik at Tidsskriftet kan levere «ferskvare». Publiseringstiden i Tidsskriftet er etter vår mening for lang. Dette synes å være en utbredt oppfatning også hos andre forfattere og har kommet til uttrykk i Tidsskriftet (1). Ved flere artikler har Tidsskriftet beklaget lang publiseringstid og angitt at «det skyldes ikke forfatterne» (2, 3). Nylig fikk en artikkel også etterskrift om at noe av grunnlaget for artikkelens diskusjon (anbefalinger fra WHO) var blitt endret (foreldet) i løpet av den redaksjonelle prosessen (4).

På nyåret 2010 sendte vi uavhengig av hverandre inn hvert vårt debattinnlegg til Tidsskriftet om dette emnet. Redaksjonen

har bedt oss samordne disse til én artikkel. Vi har gått igjennom Tidsskriftets publiseringssjans basert på egne erfaringer og på en gjennomgang av de artikkeldata som Tidsskriftet oppgir. Den samme prosessen i flere internasjonale fagtidsskrifter er brukt som sammenlikning.

## Materiale og metode

Det er gjort to studier. I begge studiene ble den redaksjonelle prosess delt i *aksepttid* (tid fra mottatt til akseptert manuskript), *trykktid* (tid fra akseptert manuskript til publisert artikkel) og *publiseringstid* (tid fra mottatt manuskript til publisert artikkel). I studie 1 ble publiseringstiden i Tidsskriftet sammenliknet med *Acta Paediatrica* og *Pediatric Research*. Alle originalartikler, oversiktsartikler og fagartikler i Tidsskriftet f.o.m. nr. 18/2009 t.o.m. nr. 3/2010 under hovedoverskriften Medisin og vitenskap, til sammen 65 artikler, ble gjennomgått. Fra *Acta Paediatrica* ble samtlige 37 tilsvarende artikler i februarnummeret 2009 vurdert, og fra *Pediatric Research* ble til sammen 39 artikler fra november og desember 2009 inkludert. Tidsskriftet angir publiseringdato på den trykte utgaven mens *Acta Paediatrica* og *Pediatric Research* kommer ut månedlig uten angitt dato. Utgivelsestidspunktet er vanligvis i slutten av måneden. Siste dato i forutgående måned ble derfor brukt som publiseringstidspunkt for disse to tidsskriftene. I Tidsskriftet og i *Pediatric Research*

er det for den enkelte artikkel bare angitt aksepttid, mens trykktiden kan beregnes fra oppgitte data. *Acta Paediatrica* oppgir i tillegg når det reviderte manuskript ble mottatt, slik at man kan beregne tiden forfatterne bruker på revisjonen samt den tiden redaksjonen bruker på å akseptere det reviderte manuskript (tab 1).

I studie 2 ble artikler i Tidsskriftet 2009 fra nr. 1–4 og nr. 16–20 under hovedoverskriften Medisin og vitenskap analysert, til sammen 80 artikler. I denne studien ble publiseringstiden analysert separat for ulike typer artikler (Noe å lære av, Aktuelt osv.) og ble videre analysert i relasjon til de medisinske redaktører som behandlet artiklene. Data for begge studiene ble analysert gjennom SPSS versjon 16/17.

## Resultater

Tabell 1 (studie 1) viser at Tidsskriftet har vesentlig lengre gjennomsnittlig aksepttid (281 dager) enn både *Acta Paediatrica* (126 dager) og *Pediatric Research* (99 dager). Dette medfører at også den gjennomsnittlige publiseringstid blir svært lang i Tidsskriftet (385 dager) i forhold til *Acta Paediatrica* (269 dager) og *Pediatric Research* (214 dager). I Tidsskriftet er bare 25 % av manuskriptene akseptert innen 181 dager, og 25 % av manuskriptene er fortsatt ikke akseptert nesten ett år etter at de er sendt inn (353 dager, data ikke vist). Derimot er den gjennomsnittlige trykktid heller kortere i Tidsskriftet (106 dager) enn i *Acta Paediatrica* (148 dager) og *Pediatric Research* (115 dager). Tabellen viser også at det i Tidsskriftet er stort avvik mellom gjennomsnittlig og median tidsbruk, mens gjennomsnittlig og median tidsbruk for de to andre tidsskriftene er nærmest identiske.

Tallene fra *Acta Paediatrica* viser at gjennomsnittlig revisjonstid er noe lengre enn de ønskede 90 dagene, men over halvparten av revisjonene kommer inn til redaksjonen før 90 dager (median 86 dager) (tab 1). Samtidig er prosessen frem til aksept av manus overraskende kort, i gjennomsnitt 28 dager med en median verdi på 14 dager og spredning 1–173 dager. Dette tilsier at halvparten av alle manuskripter faktisk er akseptert innen 14 dager etter at det reviderte manuskriptet er mottatt i redaksjonen.

Tabell 2 (studie 2) viser publikasjonstid og trykktid i for ulike typer artikler. Kro-

**Tabell 1** Sammenlikning av publiseringstider i dager for fagartikler publisert i Tidsskrift for Den norske legeforening (Tidsskriftet) i 2009/2010, *Acta Paediatrica* i 2009 og *Pediatric Research* i 2009. Gjennomsnittlig og median tidsbruk samt spredning er angitt i dager for aksepttid (tid fra innsendt til akseptert manus), trykktid (tid fra akseptert manus til trykt artikkel) og publiseringstid (tid fra innsendt manus til trykt artikkel). For *Acta Paediatrica* er det også angitt tid fra mottatt revisjon til akseptert artikkel (studie 1)

	Tidsskriftet	Acta Paediatrica	Pediatric Research
	Gj.snitt/median [spredning]	Gj.snitt/median [spredning]	Gj.snitt/median [spredning]
Antall artikler vurdert	65	37	39
Tid til mottatt revisjon		98/86 (18–249)	
Tid fra mottatt revisjon til akseptert manuskript		28/14 (1–173)	
Aksepttid	281/236 (44–840)	126/123 (19–315)	99/101 (30–197)
Trykktid	106/91 (42–371)	148/143 (86–187)	115/111 (97–197)
Publiseringstid	385/319 (93–931)	269/261 (131–45)	214/214 (155–294)

nikk hadde kortest aksepttid, mens Legemidler i praksis hadde kortest trykktid. For alle typer artikler var spredningen stor, og for mange artikler i hver gruppe var både aksepttid og trykktid svært lang. Tabell 3 (studie 2) viser at det er betydelig forskjell i aksepttid hos den enkelte medisinsk redaktør samt mellom de ulike medisinske redaktører. Bortsett fra redaktør R1 og R2, som bare har behandlet hhv. to og tre artikler, har alle redaktørene vært ansvarlig for artikler med svært lang aksepttid. To redaktører som kun hadde én artikkel hver, der aksepttid var hhv. 509 og 717 dager, er ikke tatt med i tabell 3.

## Diskusjon

### Har Tidsskriftet for lang publikasjonstid?

Vi har begge i en årrekke vært involvert både som forfattere og fagfeller i nasjonale og internasjonale tidsskrifter, en av oss (OFMS) også som redaktør i en rekke internasjonale fagfellebaserte tidsskrifter. Vår erfaring er at mange forfattere og forskere vil ha stor nytte av og ofte være avhengig av redaksjonell hjelp for at et manuskript skal bli til en god artikkel. Også erfarne skribenter kan iblant ha nytte av forslag til å bedre fremstillingen og poengtere viktige forhold. Den gode fagfelle og medisinske redaktør kjenner fagområdet og kan komme med forslag til nye analyser eller endringer i presentasjonen av data. Dette vil ofte bedre tilgjengeligheten for kolleger som ikke arbeider i det feltet som artikkelen omhandler.

For de tre tidsskriftene i studie 1 er det like krav om at fagfellevurderingen skal ta mindre enn tre uker og at det reviderte manuskriptet må returneres innen 90 dager

etter at den første tilbakemelding fra redaksjonen foreligger. Resultatene fra våre undersøkelser styrker likevel vår oppfatning av at Tidsskriftet har altfor lang publiseringstid, og at det derfor er grunn til å forbedre den redaksjonelle prosessen. Det er særlig aksepttiden som er for lang, noe som medfører at artiklene kan bli mindre aktuelle når de omsider trykkes. Prosessen vil dessuten kunne trette ut både forfatter og redaktør. En av oss (OFMS) ble nylig invitert til å skrive en oversiktsartikkel i tre forskjellige tidsskrifter. Artikkelen i *European Journal of Anaesthesiology* (5) hadde aksepttid på 15 dager og trykktid på 41 dager, artikkelen i *Current Opinion in Anaesthesiology* (6) hadde aksepttid på sju dager og trykktid på 22 dager, mens artikkelen i Tidsskriftet (7) hadde aksepttid på 447 dager og trykktid på 101 dager. Slike erfaringer stimulerer ikke til å prioritere faglig og vitenskapelig informasjon til kolleger gjennom Tidsskriftet.

Vi har ikke data som kan belyse fordeling av tidsbruk mellom medisinsk redaktør, fagfelle og forfatter. Noe av den lange aksepttiden kan også skyldes den enkelte forfatter og reflekteres sannsynligvis i den store forskjellen det er mellom gjennomsnittlige og mediane publiseringstider i Tidsskriftet i motsetning til i *Acta Paediatrica* og *Pediatric Research* (tab 1). De siste to er begge raske til å avvise mangelfulle eller svake manuskripter. Mange avvises også ut fra en ren redaksjonell vurdering uten å bli sendt til fagfeller. Redaksjonen i Tidsskriftet ser det nok i større grad som en oppgave å hjelpe slike manuskripter frem til publisering gjennom redaksjonell og annen bistand, slik det bl.a. er blitt

uttrykt på de årlige møtene mellom redaksjonen og fagfellene. Dette kan medføre svært lang behandlingstid for noen manuskripter. Denne ekstrainsatsen fra redaksjonens side må derfor vurderes opp mot nytten av å publisere manuskripter flere år etter at de ble sendt inn.

Det synes å være betydelige forskjeller i tidsbruk mellom de medisinske redaktører. Dette indikerer at noe av forsinkelsen kan ligge i den enkelte redaktørs arbeidsform (tab 3). Det er lite sannsynlig at en medisinsk redaktør bare får tildelt langsomme forfattere eller velger trege fagfeller. Derimot kan det tenkes at de medisinske redaktørene ikke er like flinke til å følge opp forfattere og fagfeller som viser seg å være langsomme. Det må videre vurderes hvorvidt de medisinske redaktører er flinke nok til å skille i behandlingen av gode og dårlige manuskripter.

### Språk eller medisin – fag eller layout?

Etter vår oppfatning må fagfellenes vurderinger veie tyngst i vurderingen av et manuskript. Medisinsk redaktør må selvfølgelig vurdere hvordan ulike fagfellevurderinger skal håndteres og hvorvidt det er behov for å innhente ytterligere vurderinger. I tillegg skal medisinsk redaktør sikre at spesifikke redaksjonelle krav til tabeller, figurer, referanser osv. samt lengde på manuskriptet er oppfylt. Vi har snakket med en lang rekke kolleger om Tidsskriftet. Det er en utbredt oppfatning at redaksjonen bruker altfor mye tid og energi på forhold som ikke er relatert til forståelsen av artikkelens faglige innhold. Slik blir prosessen både uhensiktsmessig og langsom.

Figur 1 viser et eksempel på hvordan en

**Tabell 2** Aksepttid (tid fra innsendt til akseptert manus) og trykktid (tid fra akseptert manus til trykt artikkel) i dager for 80 artikler publisert i 2009 i Tidsskrift for Den norske legeforening, fordelt etter type artikkel (studie 2)

Artikkeltype		Kronikk	Legemidler i praksis	Oversikt	Tema	Noe å lære av	Original	Aktuelt
Antall artikler		8	5	17	12	10	18	10
Aksepttid	Gj.snitt ± SD	137 ± 101	181 ± 57	215 ± 136	193 ± 69	207 ± 196	215 ± 114	338 ± 132
	Median (spredning)	109 (40–304)	158 (138–279)	182 (46–595)	211 (92–329)	195 (2–717)	242 (132–509)	333 (197–583)
Trykktid	Gj.snitt ± SD	105 ± 79	71 ± 24	128 ± 51	88 ± 64	137 ± 74	114 ± 142	121 ± 40
	Median (spredning)	87 (37–277)	82 (35–97)	117 (40–239)	49 (41–222)	117 (35–241)	114 (54–225)	114 (63–213)

**Tabell 3** Aksepttid (tid fra innsendt til akseptert manus) i dager for 78 artikler publisert i Tidsskrift for Den norske legeforening i 2009, fordelt etter medisinsk redaktør (R1 til R9) (studie 2)

Redaktør	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Antall artikler	2	3	13	6	18	10	13	3	10
Gj.snitt ± SD	101 ± 45	129 ± 75	148 ± 60	177 ± 43	183 ± 93	188 ± 53	238 ± 76	304 ± 106	439 ± 98
Median (spredning)	101 (69–132)	148 (46–193)	152 (43–279)	197 (110–218)	195 (2–399)	186 (106–271)	231 (92–393)	312 (195–406)	404 (304–595)

**Resultater** Det er lite evidens for bruk av spesielle anestesimetoder for hjertesyke pasienter som skal til ikke-kardial kirurgi. Perioperativ betablokade er fordelaktig til pasienter der man kan titrere blokaden over noe tid preoperativt. Akutt oppstart av betablokade krever nøye overvåking av perioperativ hemodynamikk. Statiner bør vurderes før elektiv kirurgi. Det er ikke evidens for at det er nyttig å gjøre koronarintervensjon før ikke-kardial kirurgi hos stabile pasienter. Ustabil koronarsyndrom må behandles. Ikke-kardial kirurgi på disse pasientene må bare utføres på vital indikasjon. God kjennskap til hemodynamikk og kirurgisk patofysiologi er nødvendig for å gi optimal behandling. Det er ikke entydige resultat for at neuroaksiale teknikker bedrer overlevelsen hos hjertepasienter etter ikke-kardial kirurgi. Derimot er teknikken overlegen til å redusere postoperativ smerte. Perioperativ tromboseprofylakse øker faren for epiduralt hematom, og systematisk oppfølging for diagnostikk og behandling er nødvendig. Stabil sirkulasjon, tilfredsstillende oksygenering, god smertebehandling, tromboseprofylakse, enteral ernæring og tidlig mobilisering er faktorer som må

**Preoperativ vurdering**

Pasienter med hjertesvikt kan ha høy nivå av N-terminal B-type natriuretisk peptid (pro-brain natriuretisk peptide (NT-BNP)) og brain natriuretisk peptide (BNP), som er korrelert med økt risiko for død ved ikke-kardial kirurgi. I en studie ble det perioperative forløp i en kohort på over 159 000 pasienter som gjennomgikk ikke-kardiale inngrep i 2000-04 undersøkt. [4] (der må henvises til ref 3 for det henvises til ref 4). Hjertesvikt som preoperativ diagnose var assosiert med en mortalitet på 8%, sammenlignet med 3,1% for pasienter med koronarsykdom som preoperativ diagnose og 2,4%. I gruppen som verken hadde koronarsykdom eller hjertesvikt [3] 4). Man kan likevel ikke trekke noen sikker konklusjon om at optimalisering av hjertesvikt (uklart uttrykt) med reduksjon av BNP (helst bare i bundestresskammensetninger) vil gi bedre prognose ettersom dette ikke var en intervensjonsstudie. Det synes imidlertid rimelig om mulig å utsette ikke-kardial kirurgi for å optimalisere hjertesvikt. Det er motstridende data om verdien av preoperativ ekkokardiografi hos ikke-symptomatiske pasienter for ikke-kardial kirurgi.

Stresstest kan avdekke koronariskemi. Patologisk stresstest, enten den gjennomføres ved fysisk anstrengelse eller ved medikamenter (dobutamin) kan forutsi et problematisk perioperativt forløp. Normal stresstest kan predikere et kardialt ukomplisert forløp (1). Intervensjonsbehandling med perkutan koronar

Maks 200 ord  
Se forfatternes veiledning:  
<http://www.tidsskriftet.no/2010/12/025> ... [1]  
Formatert: Skrift: Fet  
Formatert: Skrift: Fet  
Merknad [13]: Noe av C ... [2]  
Formatert: Skrift: Fet  
Slettet: non...el ... [3]  
Slettet: ~~...~~  
Formatert: Utheving  
Merknad [14]: Vår skal?  
Slettet: n... ... [4]  
Slettet: non...e...l...Nor ... [5]  
Merknad [15]: Også en ... [6]  
Slettet: x  
Slettet: non-kardial  
Slettet: n  
Slettet: oksygenering

Slettet:  
Slettet: til  
Slettet: døds...non-kan ... [27]  
Slettet: E...undersøkt ... [28]  
Slettet: non-kardial  
Slettet: laget av læse ... [29]  
Formatert ... [30]  
Slettet: som  
Slettet: det...var signif ... [31]  
Slettet: med  
Slettet: i kontrollgruppen [3] 4)  
Formatert ... [32]  
Slettet: Koronarsykdom ... [33]  
Slettet: e  
Slettet: diagnose var o ... [34]  
Slettet:  
Slettet: 1%) [35]  
Formatert ... [36]  
Slettet: g  
Slettet: knet med ... [37]  
Slettet:  
Slettet: 4%)  
Slettet: E  
Slettet: kan  
Formatert ... [38]

**Figur 1** Eksempel på redaksjonelle markeringer gjort i manuskriptet ved første gangs redaksjonell tilbakemelding på manuskript til invitert artikkel (7)

manuskriptside (fra en oversiktsartikkel) (7) kan se ut når teksten har vært gjennomgått av redaksjonen. Medisinsk redaktør kommenterer også formuleringer som oppfattes som uklare. Dette er velkommen og nyttig kritikk. Likevel er totalinntrykket av tilbakemeldingen først og fremst påpeking av forhold som har med språktone og språkbruk å gjøre. De språklige rettelsene, både ved første og andre revisjon, kan synes mer pedantiske enn det noen folkeskolelærer ville gjøre med en norsk stil. Dette stimulerer ikke forfatter til å klargjøre tekst eller forsterke pedagogiske poenger. Medisinsk redaktør (eller fagfelle) synes å ønske at artikkelen skrives i en språkdrakt som bestemmes av redaktør. Setningsbygning og ordvalg er en del av forfatterens identitet og bør ikke endres så fremt det ikke er direkte filologisk galt, eller at form og ordvalg kan føre til at det faglige innholdet misforstås.

Medisinsk redaktør skal, dersom det er innen den enkeltes kompetanseområde, sette spørsmål ved faglige utsagn, diskutere sammenheng mellom resultat og konklusjoner og påpeke uklarheter – det er redaksjonens rett og plikt – men språket må være forfatterens.

#### Hva kan gjøres?

Vi tror mye kan rettes med enkle grep. *Acta Paediatrica* har et bevisst forhold til tidsbruken mellom mottatt revisjon og akseptert manuskript, noe som gir en god og synlig intern og ekstern kvalitetskontroll på den redaksjonelle prosessen. Ut fra tabell 1 er halvparten av manuskriptene i *Acta Paediatrica* mottatt i revidert form innen 86 dager etter at de ble sendt inn, og halvparten av innsendte manus er akseptert 14 dager etter dette, sannsynligvis på det første redaksjonsmøtet etter mottatt revisjon. For

å bevisstgjøre redaksjon og lesere bør også Tidsskriftet angi når det reviderte manuskriptet ble mottatt og akseptert. Samtidig bør man også være formelt strengere med manuskripter som heller ikke etter revisjon er akseptable. I slike tilfeller bør det gis beskjed om at manuskriptet må sendes inn på nytt etter ytterligere bearbeiding.

Iveren etter å forme manuskriptet inn i en egen redaksjonell språklig stil bør tones kraftig ned. Etter vår mening skal en artikkel skrives av forfatteren med forfatterens språk og basert på forfatterens språkfølelse – den skal ikke skrives av medisinsk redaktør eller fagfelle. Dersom man i enkelte tilfeller mener at en god artikkel ikke holder tilstrekkelig høy språklig standard, kan man i siste instans vurdere bruk av profesjonelle «språkvaskere» der forfattere kun skal akseptere at budskapet er uendret.

Tabell 3 indikerer at det er store forskjeller mellom de medisinske redaktørenes effektivitet, noe som kan ha mange forklaringer. Redaksjonelt arbeid er ikke alltid like lett. Fagfeller og medisinske redaktører bør derfor sannsynligvis få bedre retningslinjer for arbeidet. Bedre instruksjoner koblet med krav til leveringstid bør inngå i Tidsskriftets personalpolitikk. Dersom fagfeller eller medisinske redaktører likevel ikke makter å gjøre det redaksjonelle arbeidet med tilfredsstillende tempo og kvalitet, bør man vurdere å rekruttere nye medarbeidere. For ytterligere å redusere publiseringstid bør Tidsskriftet som andre publikasjoner vurdere å publisere først på nettet (*ahead of print*). Redaksjonen i Tidsskriftet har i den senere tid også nedlagt betydelig arbeid med å videreformidle medisinske nyheter og resultater på en populærvitenskapelig måte i nettsteder som Facebook og Twitter. Dersom dette arbeidet trekker ressurser fra behandlingen av den rent faglige formidlingen, er det en utvikling Tidsskriftet, dets forfattere og lesere sannsynligvis ikke er tjent med.

#### Konklusjon

Tidsskriftet har en viktig funksjon i norsk medisin. Det bør være attraktivt å publisere der og Tidsskriftet bør aktivt stimulere erfarne forskere og klinikere til å bidra. En lang publiseringstid med arrogant holdning til forfatterens språkføring vil virke demotiverende. Det bør derfor gjøres noe med den redaksjonelle behandlingen av manuskripter. Vi tror at en kritisk gjennomgang av prosessen vil bidra til dette og håper vårt innlegg vil stimulere til en slik debatt, uten at det blir tatt som et angrep på personene i redaksjonen.

&gt;&gt;&gt;

**Olav F. Münter Sellevold**

*olav.sellevold@ntnu.no*

Avdeling for thorax-, anestesi- og intensivmedisin  
St. Olavs hospital  
7006 Trondheim  
og  
Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk  
Det medisinske fakultet  
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

**Dag Bratlid**

Institutt for laboratoriemedisin,  
barne- og kvinnesykdommer  
Det medisinske fakultet  
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
og  
Barne- og ungdomsklinikken  
St. Olavs hospital

*Oppgitte interessekonflikter: Ingen*

**Litteratur**

1. Odland JØ. Ikke oppdatert kunnskap om miljøgifter. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 261.
2. Teigen IM, Rendum KL, Slørdal L et al. Feilmedisinering hos pasienter innlagt på sykehus. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1337–41.
3. Bratlid D, Farstad T. Persisterende ductus arteriosus hos for tidlig fødte barn. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1455–8.
4. Størdal K. Hivsmitte fra mor til barn – kan epidemien stoppes? Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 480–2.
5. Sellevold OF, de Hert S, Pelosi P. A major step forward: guidelines for the management of cardiac patients for non-cardiac surgery – the art of anaesthesia. Eur J Anaesthesiol 2010; 27: 89–91.
6. Sellevold OF, Guarracino F. Transcutaneous aortic valve implantation: recent advances and future. Curr Opin Anaesthesiol 2010; 23: 67–73.
7. Sellevold OF, Stenseth R. Ikke-kardial kirurgi hos hjertesyke pasienter. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 623–7.

*Manuskriptet ble mottatt 12.3. 2010 og godkjent 6.5. 2010. Medisinsk redaktør Erlend Hem.*