

selektive serotoninreopptakshemmere. Videre konkluderes det med at kvinner som har brukt slike midler under svangerskapet bør, uansett preparat, kunne fortsette med dette også i ammeperioden. Vi ønsker i denne sammenheng å poengtere at ev. reservasjoner mot behandling med fluoksetin hos ammende ikke bør påvirke valg av middel ved graviditet. Hos gravide bør fluoksetin være førstevalg, ettersom dette medikamentet har en mer omfattende dokumentasjon enn noe annet, både når det gjelder fosterskadelige effekter og utviklingseffekter (2).

Også når det gjelder amming, foreligger det mest dokumentasjon ved bruk av fluoksetin sammenliknet med andre selektive serotoninreopptakshemmere (1, 3, 4). Basert på den kliniske dokumentasjonen er det ingen tungtveiende grunner til å foretrekke et annet middel fremfor fluoksetin. Ved henvendelser til RELIS Vest (regionalt legemiddelinformasjons-senter) har vi ved flere anledninger formidlet at dette medikamentet trygt kan brukes under amming, til tross for enkeltstående rapporter om ev. påvirkning av barnet (5, 6). I kasuistikken vedrørende kolikk (5) er analysen av barnets blodprøve trukket i tvil av andre forfattere (7, 8). Det tidsmessige forløpet av symptomene passer heller ikke med den lange halveringstiden til norfluoksetin/fluoksetin, som antas å være enda lengre hos nyfødte. I den andre rapporten (6) mente barnefarene (selv barnelege) at barnet var forbigående irritabelt i to uker etter terapistart. Moren og barnets egen lege mente derimot ikke at barnet viste tegn til legemiddelpåvirkning. Terapien ble fortsatt, barnet trivdes og utviklet seg angivelig normalt. Vi er ikke kjent med at det finnes andre publiserte kasuistikker der symptomer hos barnet med sikkerhet kan tilskrives eksponering for fluoksetin via morsmelk.

Bergen

*Erik F.O. Pomp  
Ane Gedde-Dahl  
RELIS Vest*

#### Litteratur

1. Nordeng H, Bergsholm YK, Bøhler E, Spigset O. Overgang av selektive serotoninreopptakshemmere til morsmelk. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 199–203.
2. Goldstein DJ, Sundell K. A review of the safety of selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy. Hum Psychopharmacol 1999; 14: 319–24.
3. Chambers CD, Anderson PO, Thomas RG, Dick LM, Felix RJ, Johnson KA et al. Weight gain in infants breastfed by mothers who take fluoxetine. Pediatrics 1999; 104: e61.
4. Birnbaum CS, Cohen LS, Bailey JW, Grush LR, Robertson LM, Stowe ZN. Serum concentrations of antidepressants and benzodiazepines in nursing infants: a case series. Pediatrics 1999; 104: e11.
5. Lester BM, Cucca J, Andreozzi L, Flanagan P, Oh W. Case study: possible association between fluoxetine hydrochloride and colic in an infant. J Am Acad Child Adol Psychiatr 1993; 32: 1253–5.
6. Isenberg KE. Excretion of fluoxetine in human breast milk. J Clin Psychiatry 1990; 51: 169.
7. Yoshida K, Smith B, Craggs M, Kumar RC. Fluoxetine in breast-milk and developmental out-

come of breast-fed infants. Br J Psychiatry 1998; 172: 175–9.

8. Gupta S, Masand PS, Rangwani S. Selective serotonin reuptake inhibitors in pregnancy and lactation. Obstet Gynecol Surv 1998; 53: 733–6.

## Tar Tidsskriftets redaktør forfatteres interessekonflikter på alvor?

I Tidsskriftet nr. 19/2000 pekte jeg på at redaksjonell spalteplass var åpen for forfattere med mer eller mindre klare interessekonflikter i forhold til temaet som skulle omtales (1). Redaktøren hevdet i sitt svar på åpenhet og en «minibiografi» var en brukbar løsning på dette dilemmaet. Men for leseren er det ikke tilfredsstillende at redaksjonelt stoff har forfattere med klare interessekonflikter.

Det var naturlig at Tidsskriftets redaksjon ville kommentere Molaug & Spigsets artikkel (2). I sitt arbeid bekrefter de antakelsen om at legemiddelinformasjonen til allmennpraktiserende leger fullstendig domineres av legemiddelinindustrien. Til min forundring velger redaktøren Legemiddelinustriforeningens direktør Lund til å kommentere undersøkelsen redaksjonelt (3). Direktør H. Lund har selvfølgelig direkte tilknytning til tema og aktører som omtales. Den redaksjonelle kommentar blir mer et partsinnlegg enn en fri redaksjonell kommentar. En ledende minibiografi presenterer bakgrunnen for interessekonflikten, men dette kompenseres ikke for redaktørens svikt når det gjelder å oppfylle leserens selvfølgelig krav om mest mulig uavhengighet og objektivitet fra redaksjonelle forfattere.

Redaktørens tilbakevendende problem med å håndtere forfatteres interessekonflikter synliggjøres også i ikke-redaksjonelle innlegg, som påpekt av Skolbekken i kommentaren Potensforskning og markedsføring (4). Bakgrunnen var Vaaler og medarbeideres publisering av forskningsdata i massemediene og i Tidsskriftet (5) uten at det fremkom at produsenten hadde bidratt i finansiering av prosjektet og utnyttet resultatene i markedsføring før publisering i Tidsskriftet.

Med bakgrunn i disse og tidligere eksempler (6) etterlyser jeg igjen klarere holdninger, retningslinjer og vilje hos redaktøren til å håndtere forfatteres klare interessekonflikter på en mer rasjonell måte. Men jeg innser, med bakgrunn i andre aktuelle saker (7), at utfordringene når det gjelder å styre unna og håndtere interessekonflikter deler redaktøren med andre kolleger og tillitsvalgte. Kanskje bør redaktøren ikke bare diskutere problemområdet innad i redaksjonen, men ta det opp på bredere basis i Tidsskriftet. I siste instans er det et spørsmål om vår faglig troverdighet og etikk.

Oslo

*Sten Jacobsen*

#### Litteratur

1. Jacobsen S. Tidsskriftets redaksjonelle stoff – rom for interessekonflikter. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2331–2.
2. Molaug PO, Spigset O. Ett års skriftlig legemiddelinformasjon til en kommunelege. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 585–8.
3. Lund H. Legemiddelinformasjon fra produsenter. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 550.
4. Skolbekken J-A. Potensforskning og markedsføring. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 621.
5. Vaaler S, Løvkvist H, Svendsen KOB, Furu-seth K. Erekttil dysfunksjon hos norske menn over 40 år. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 28–32.
6. Rugstad HE. Cox-2 hemmere. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1398.
7. Hafstad A, Hultgren J, Enghaug P. Leger betalt av medisingsigant. Aftenposten (morgenut-gave) 10.3.2001.

## Er manglende markedsføring også uheldig?

Det er i Tidsskriftet reist spørsmål om legemiddelinindustriens påvirkning av forskning og terapi, og det er fremmet ønske om større åpenhet om sponing og interessekonflikter (1, 2). Det er oftest de negative sider ved industriens sponing, markedsføring og produktinformasjon som omtales, men er manglende markedsføring også uheldig?

I Norge, som i de fleste andre land, er den vanligste behandling av infeksjon med *Helicobacter pylori* et trippelregime bestående av en protonpumpehemmer, klaritromycin og enten metronidazol eller amoxicillin (A). Disse regimene er omtrent like effektive. Hvis ranitidin-vismut-sitrat erstatter protonpumpehemmeren i kombinasjonen med klaritromycin og metronidazol, viser flere studier at det oppnås en bedre effekt uten mer bivirkninger og til en lavere pris (3–5). Likevel brukes nesten ikke slike regimer i Norge. I Felleskatalogen anbefales ranitidin-vismut-sitrat-regimer når andre eradikeringsregimer ikke har ført frem. Dette rådet er antakelig villedende, da ranitidin-vismut-sitrat-klaritromycin-metronidazol-kombinasjonen, som trolig er den mest effektive, er lite egnet ved behandling av feilslagere dersom klaritromycin er brukt ved første behandling, slik det er relativt vanlig i Norge. Kolleger angir manglende markedsføring som grunn for ikke å forskrive ranitidin-vismut-sitrat. Dette er heller ikke anbefalt i produsentuavhengig legemiddelinformasjon. Jeg synes det er flaut hvis leger og myndigheter er blitt avhengige av industriens markedsføring for å tilby en god og billig behandling.

Trondheim

*Per G. Farup*

Interessekonflikt: Undertegnede har nylig avsluttet en medikamentutprøving støttet av produsenten av ranitidin-vismut-sitrat (4).

#### Litteratur

1. Molaug PO, Spigset O. Ett års skriftlig legemiddelinformasjon til en kommunelege. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 585–88.