

ningen til den kliniske utprøvingen, er best skikket til å vurdere medikamentets nytte.

Jeg frykter for at innholdet i artikkelen til Slørdal og medarbeidere er preget av en holdning hvor en på et generelt grunnlag bidrar til å så tvil om forskning gjennomført i regi av eller i samarbeid med legemiddelindustrien. Problemstillingen er allerede godt beskrevet (6): «... the conflict of interest (COI) .. movement's instigators have produced no solid evidence of harm commensurate with their extravagant allegations. ... they have diverted resources away from more worthwhile pursuits, such as basic and applied medical research, clinical care and medical education towards onerous compliance exercises and obtrusive laws. ..., they have made it respectable to ignore the epistemological foundations of medical science, diverting attention away from the scientific merit of the information presented and focusing it instead on the identity and motives of those who present the information.»

At noen tidsskrifter, som *BMJ*, ikke vil lytte til kommentarer fra personer med tilknytning til noen av medisinenes viktigste forskningsinstitusjoner, fremmer neppe kvalitet. Vil ikke slike regler være i strid med yttringsfrihet?

Arne Høiseith
arnhois@online.no

Arne Høiseith (f. 1944) er pensjonert radiolog.
Oppgitte interessekonflikter: Utprøver i fase III legemiddelutprøvinger.

Litteratur

1. Gladsø KH, Garberg HR, Spigset O et al. Skriftlig legemiddelreklame – fremdeles ikke til å stole på? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1563–8.
2. Høiseith A. Re: Skriftlig legemiddelreklame – fremdeles ikke til å stole på? Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 212.
3. Slørdal L, Spigset O, Garberg HR et al. L. Slørdal og medarbeidere svarer. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 212–3.
4. Statens legemiddelverk. Legemiddelreklame skal utformes i samsvar med godkjent preparatomtale (SPC). www.legemiddelverket.no/Godkjenning_og_regelverk/reklame/reklamesamsvarspc/Sider/default.aspx [22.2.2015].
5. Madsen S, Jerkø B. Sviktende kvalitet på muntlig legemiddelreklame. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 110–1.
6. Barton D, Stossel T, Stell L. After 20 years, industry critics bury skeptics, despite empirical vacuum. Int J Clin Pract 2014; 68: 666–73.

L. Slørdal og medarbeidere svarer:

Vi skal spare så vel Arne Høiseith som Tidsskriftets øvrige lesere for imøtegåelser av alle de momenter førstnevnte tar til torgs i sitt innlegg, men kommer ikke utenom noen presiseringer:

Vi har aldri hevdet at «bare primære endepunkter (sykelighet/dødelighet) skal formidles i reklamen», men har vist til legemiddelforskriftens krav om at reklamen skal være nøktern, saklig og ikke gi et overdrevet bilde av et legemiddels medisinske verdi (1). Vi forstår, som allerede nevnt i vårt forrige svar til Høiseith (2), at meningene om hva som er nøkternt og saklig kan divergere, men fastholder våre funn – slik vi også fastholder at resultater og konklusjon i artikkelen vår (3) samsvarer.

Vi har ingen problemer med å være enig med Høiseith i at «de som har nøye kunnskap om et medikament (.....) er best skikket til å vurdere medikamentets nytte». Hvordan dette utsagnet kan presenteres som utledet fra det vi vet om effekten av interessekonflikter, går over vår forstand.

Vårt fokus var legemiddelindustriens skriftlige reklamemateriell, og ikke «forskning gjennomført i regi av eller samarbeid med legemiddelindustrien». Hvis Høiseith med bruk av sitatet fra Barton et al. (4) vil mene at vi er en del av en interessekonfliktbevegelse som avleder ressurser fra forskning, pasientbehandling og utdanning og ignorerer framskritt og vitenskapelig informasjon, skal vi ha rygg til å bære en slik karakteristikk. Men da må vi også be om forståelse for at dette er et debattnivå vi ikke ønsker å ferdes på.

Redaksjonen i *BMJ* har ikke bestemt seg for å innskrenke aktiviteten i tidsskriftets spalter for «personer med tilknytning til noen av medisinenes viktigste forskningsinstitusjoner», men for individer

med interessekonflikter i form av bindinger til kommersielle interessenter (5). Vi begriper ikke hvordan dette kan være «i strid med yttringsfrihet». Når ble kjøp av innflytelse en menneskerett?

Lars Slørdal
Lars.Sloldal@ntnu.no
Olav Spigset
Hedda Rosland Garberg
Kristin Haugen Gladsø

Lars Slørdal (f. 1955) er spesialist i klinisk farmakologi, professor ved Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og overlege ved Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Olav Spigset (f. 1963) er spesialist i klinisk farmakologi, overlege ved Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital og professor ved Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Hedda Rosland Garberg (f. 1986) er turnuslege ved Sykehuset Østfold.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Kristin Haugen Gladsø (f. 1988) er turnuslegevikar ved Sykehuset Østfold.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Legemiddelforskriften. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2009. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-12-18-1839?q=Legemiddelforskriften> [5.3.2013].
2. Slørdal L, Spigset O, Garberg HR et al. L. Slørdal og medarbeidere svarer. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 212–3.
3. Gladsø KH, Garberg HR, Spigset O et al. Skriftlig legemiddelreklame – fremdeles ikke til å stole på? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1563–8.
4. Barton D, Stossel T, Stell L. After 20 years, industry critics bury skeptics, despite empirical vacuum. Int J Clin Pract 2014; 68: 666–73.
5. Chew M, Brizzell C, Abbasi K et al. Medical journals and industry ties. *BMJ* 2014; 349: g7197.

Re: Paradoksal virkning av kunstige søtningmidler

Når forfatterne av studien som omtales i denne nyhetssaken (1) fant en korrelasjon mellom inntak av kunstig søtning og markører for metabolsk syndrom og diabetes, så føyer dette seg inn i rekken av tilsvarende funn i andre observasjonelle studier. I en metaanalyse publisert i fjor (2) ble det gjort separate analyser av observasjonsstudier og intervensjonsstudier, hvor forfatterne fant at der kunstig søtning kom negativt ut i observasjonsstudiene, kom de samme søtstoffene udelte positivt ut i intervensjonsstudiene på parametre knyttet til vekt og kroppssammensetning.

I en lederartikkel som fulgte denne metaanalysen (3) konkluderes det med at per nå, på bakgrunn av det vi vet i dag, bør vi anbefale å velge kunstig søtning fremfor sukkersøtet drikke. Selvfølgelig må vi være åpne for at vi i fremtiden kan finne ut at det store bildet var noe mer komplisert, noe for eksempel den aktuelle studien fra Suez og medarbeidere kan være en indikasjon på. Men inntil videre mener jeg rådene bør gis på bakgrunn av dagens opparbeidede kunnskap.

Trenden de siste årene er at konsumet av sukkerbrus reduseres til fordel for lettbrus (4), og det er fortsatt et mål at inntaket av sukkerbrus reduseres ytterligere. Jeg håper ikke disse nye funnene fører til at denne trenden snur. Det vil med stor sannsynlighet slå negativt ut for folkehelsen.

Vegard Lysne
vegard.lysne@helse-bergen.no