Interessekonflikter i norsk psykiatri.

Data fra USA viser at psykiatere relativt hyppig mottar betydelige midler fra farmasøytisk industri (1). Hittil har det ikke vært enkelt å dokumentere at det samme gjelder i Norge. Et vedtak i den europeiske bransjeorganisasjonen for legemiddelselskaper (EFPIA) endrer på dette. Alle finansielle overføringer fra legemiddelindustrien til helsepersonell og helseorganisasjoner skal nå offentliggjøres, og nylig er overføringer fra 2015 publisert (2). I Norge må imidlertid legene som spesifikt nevnes samtykke til at informasjonen om dem legges ut. Verdioverføringer til helsepersonell er derfor delt i to: individuell offentliggjøring av de som samtykker og en samlet post der verdiene til de som ikke har samtykket oppgis (2). Noen norske psykiatere mottok i 2015 et femsifret beløp bare fra ett firma alene (2). Disse må berømmes fordi at de har akseptert denne åpenheten.

De fleste aktører i psykiatri vil være enige om at vitenskapelig og åpen, transparent klinisk samhandling mellom fagfolk og farmasøytisk industri er nødvendig for utviklingen av faget. Mange vil også finne det rimelig at fagfolk mottar honorar for tjenester til farmasøytisk industrien der hvor tjenesten er av en slik kvalitet, eller har et omfang som gjør at honorar er naturlig.

Hva er så problemet? Åpenhet om interessekonflikter blir meningsløs hvis ikke interessekonfliktene har en konsekvens. Undertegnede vil hevde at når man først har mottatt større honorarer har man et forhold til en oppdragsgiver. Vi har ikke data før 2015. Undertegnede vil likevel anta med rimelig sikkerhet at en rekke kollegaer årlig har mottatt femsifrede beløp fra farmasøytisk industri. Dette gjør at de har og har hatt et habilitetsproblem.

Problemet blir praktisk klinisk og vitenskapelig når de samme fagfolk opererer som fagfeller i medisinske tidsskrift, underviser LIS-leger og medisinstudenter, underviser våre kollegaer i «best medical practice», og er sentrale aktører komiteer som lager nasjonale behandlingskriterier. Temaet er tatt opp en rekke ganger i Tidsskrift for den norske legeforening (3). Det er også kommentert av Sosial- og helsedirektoratet (4). Larsen & Guldvog skriver at «*det kan være problematisk hvis leger som har mottatt omfattende økonomisk støtte fra legemiddelindustrien, er toneangivende i utviklingen av nasjonale retningslinjer på samme område»* (4)*.* Hva som menes med «*omfattende økonomisk støtte»* kan selvsagt diskuteres. Med de nye data som foreligger vil undertegnede hevde at en rekke av våre kollegaer er inhabile til for eksempel å sitte i komiteer hvor bruk av antidepressiva eller antipsykotika vil være aktuelt. Det er vanskelig å forstå hvorfor de har blitt forespurt av Sosial- og helsedirektoratet. Det jeg finner enda mer vanskelig å forstå hvorfor de ikke selv høflig har avslått slike forespørsler. Dr Malcolm Kendrick har bedre enn noen beskrevet det nærmest absurde i lignende virksomhet i UK (5). Han kommer med helt klare råd om hvordan vi må forholde oss. Denne praksisen må stoppe. Den må stoppe nå. Dr Kendrick avslutter med følgende kapittel. Jeg tillater meg å hitsette det i sin helhet:

*“This nettle needs to be grasped, and it needs to be grasped soon. I am not a great believer in absolutist positions, as they tend to block the compromises that are necessary for things to work in life. However, when it comes to conflicts of interest I think that the only possible position to take* is *absolutist. If you are paid money by the pharmaceutical industry, you cannot be appointed to a position that allows you to influence how drugs are used. End of.»*(5)*.*

For norske forhold kan dette uttrykkes slik: Hvis du mottar penger fra farmasøytisk industri for tjenester i et tematisk område, kan du ikke velges til å inneha posisjoner der du får innflytelse på hvordan behandling og eventuell medikamentbruk i de samme eller tilgrensende områder skal være. Dette gjelder nasjonalt (f.eks for faglige retningslinjer) og lokalt (på sykehus eller helseforetak). Norsk psykiatri må ta tak i dette problemet. Det må gjøres nå. Det bør være en oppgave for Norsk psykiatrisk forening.

1. Wood, S & Lowes, R. Psychiatrists Dominate "Doctor-Dollars" Database Listing Big Pharma Payments. *Medscape Medical News*, Oct 22, 2010.
2. <http://www.lmi.no/aktuelt-fra-lmi/2016/06/offentliggjoering-av-verdioverfoeringer>.
3. Haugen TB. Interessekonflikter og kliniske retningslinjer. *Tidsskr Nor Legeforen* 2012; 132:285.
4. Larsen, B-I, Guldvog B. Sosial- og helsedirektoratet svarer: *Tidsskr Nor Legeforen* 2007; 127:1234-5.
5. <https://drmalcolmkendrick.org/2014/08/11/what-is-a-conflict-of-interest-anyway/>

Interessekonflikter Vaaler:

1: Foredragsholder (ikke betalt) på sesjon finansiert av farmasøytisk firma (Ferrer) ECNP-congress Berlin 2014.

2: Deltager i nasjonalt BRAIN-forskningsnettverk. Støtte av Glaxo til etablering av nettverket.

3: Støtte fra diverse til forskningsstudie «Akutte affektive syndromer» på 1990-tallet.