

Samhandlingen mellom legene og legemiddelindustrien bør behandles som et samfunnsspørsmål og drøftes i full offentlighet

Vi – de ubestikkelige?

«Korrupsjon» betyr bestikkelse. Ordet betegner det som skjer når forvaltere av fellesgoder og rettigheter foretar disposisjoner som begunstiger den som gir dem gaver eller fordeler i bytte. I samhandlingen mellom legemiddelindustri og leger er bytteforholdet riktignok ikke alltid eksplisitt, men det er der. Nylig har Legemiddelindustriforeningen i Norge vedtatt at deres medlemsfirmaer ikke lenger skal delta på møter i Legeforeningens ulike organisasjonsledd, inkludert kurs som er tellende i legers videre- og etterutdanning. Det er dermed grunn til å anta at markedsføringen av legemidler i økende grad vil rettes mot den enkelte lege. Omleggingen er trolig basert på en vurdering om at slik personrettet markedsføring er mer effektiv. Det er også grunn til å tro at markedsføring av legemidler i større grad vil bli rettet mot pasientene, dvs. forbrukerne, og pasientorganisasjonene, slik det er i bl.a. USA.

Leger har en nøkkelposisjon som veileder og hjelper for mennesker i faser med økt sårbarhet. Dette gjør legene interessante for kommersielle aktører som har maksimering av økonomisk gevinst som mål. Gjennom sine valg, særlig i klinisk virksomhet, forvalter legene store summer på vegne av samfunnet. For å påvirke deres valg og disposisjoner forsøker legemiddelindustrien å knytte faglige og personlige kontakter. I bytte mot betalte reiser til faglige kongresser og honorarer for konsulenttjenester og foredrag utvikler legene en lojalitetsfølelse overfor produsent og produkter. Mange leger aksepterer denne samhandlingen fordi de får kontakt med attraktive faglige miljøer og slik holder seg faglig oppdatert, og norsk medisin får verdifulle faglige innspill. Bare unntaksvis vil legene være seg bevisst at deres medisinske råd og beslutninger blir styrt av en slik påvirkning. Tvert imot vil mange benekte at de lar seg påvirke eller bestikke (1). Det er imidlertid godt dokumentert at firmaene lykkes i denne type markedsføring (1). I enhver kultur eksisterer det koder for hvilke forpliktelser utveksling av gaver medfører. Alle typer gaver forplikter, slik bl.a. sosiologen Pierre Bourdieu har påvist (2). Vi leger er selvfølgelig ikke hevet over slike generelle sosiale fenomener.

Samhandlingen mellom leger og legemiddelindustri og leverandører av medisinsk utstyr er i Europa underlagt ulike regelverk. I Norge reguleres forholdet gjennom avtaler mellom Legeforeningen og Legemiddelindustriforeningen. Det er prisverdig at legene har vist seg villige til å påta seg dette ansvaret, men det er neppe tilstrekkelig. Kostnadene bæres enten av pasientene enkeltvis eller av fellesskapet over sykehusbudsjettene eller folketrygdens blåreseptordning, og omfanget av kostnader og inntjening er betydelig. De samlede medikamentkostnadene i Norge i 2003 var 14,7 milliarder kroner, og om lag to tredeler av utgiftene betales over folketrygden (3).

Medisinsk virksomhet drives i økende grad etter forretningsmessige prinsipper. Dette innebærer en fare for at medisinske hensyn blir underordnet økonomisk lønnsomhet. Stadig flere mennesker sykeliggjøres for å forebygge såkalte risikofaktorer for senere sykdom (4). Ny teknologi gir tilgang til stadig flere diagnostiske tester som skal avsløre skjult sykdom eller indikere risiko for fremtidig sykdom eller for tidlig død. Slik diagnostikk medfører ofte umiddelbart et tilbud om intervensjon, som regel i form av medikamenter. Den enkelte får i liten grad mulighet til å samtykke på grunnlag av reell og relevant informasjon om diagnose og behandling. Kommersielle vurderinger legger i økende grad premissene også for medisinsk forskning og kunnskapsutvikling. Legemiddel-

industrien har råd til å kjøpe oppdragsforskning i de beste fagmiljøer. Dette får konsekvenser for valg og prioritering av forskningsområder og for bruken av private og offentlige forskningsressurser. Dermed blir sykdomstilstander som ikke kan behandles medikamentelt, mindre interessante som forskningsobjekter.

Når legenes lojalitet til fellesskap og pasient trues på grunn av nære bindinger til kommersielle aktører, trues også befolkningens tillit til at legene vurderer og behandler etter beste faglige skjønn og med respekt for fellesskapets ressurser (5). Etter vårt syn bør en forskriftsregulering basert på tjenestemannsloven regulere forholdet mellom leger og legemiddelindustri. Det vil både kunne begrense muligheten for kommersiell påvirkning av leger i offentlig tjeneste og bidra til å beskytte legen mot utilbørlig påvirkning. Legenes bevissthet om behovet for høy moralsk og faglig integritet bør styrkes både i grunnutdanningen, som er universitetenes ansvar, og i spesialistutdanningen, som Legeforeningen i stor grad har ansvar for, etter delegasjon fra myndighetene (6). Legenes egne organisasjoner må ha og vise uavhengighet i forhold til legemiddelindustrien. Flere av spesialforeningene i Legeforeningen er i dag avhengig av økonomisk støtte fra legemiddelindustrien for sin drift, noe som er svært uheldig.

Aksjonen Leger mot økt kommersialisering og korrupsjon hadde en helsides annonse i Dagbladet 8. mai 2004. 90 leger, uavhengig av stilling og organisasjon, har vært initiativtakere. Aksjonen er inspirert av den såkalte Paris-deklarasjonen (7), som beskriver hvordan økt korrupsjon og kommersialisering bidrar til redusert innsyn i viktige beslutninger som angår mange, men som fattes av få. Prioritering av fellesressurser er et kjernepunkt. Aksjonen henvender seg til alle leger, legeorganisasjoner og politiske myndigheter. Målet er å bidra til en åpen diskusjon om legenes rolle som forvaltere og om de konsekvenser kommersielt styrt forskning og fagutvikling kan få for helsetjenesten.

Både myndigheter og leger må være tydelige og konsistente når det gjelder spørsmålet om legers samhandling med legemiddelindustrien. Tillit er avgjørende for at leger skal kunne utøve sitt virke. Det må ikke herske noen tvil om at legers lojalitet ligger hos oppdragsgiverne – pasientene og fellesskapet.

Anna Stavdal

anna.stavdal@samfunnsmed.uio.no

Anette Fosse

Anna Stavdal (f. 1959) og Anette Fosse (f. 1962) er spesialister i allmennmedisin og fastleger i henholdsvis Oslo og Mo i Rana.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Steinman MA, Shlipak MG, McPhee SJ. Of principles and pens: attitudes and practices of medicine housestaff toward pharmaceutical industry promotions. *Am J Med* 2001; 110: 551–7.
2. Bourdieu P. *The logic of practice*. Oxford: Polity Press, 1990.
3. Tall og fakta 2004. Oslo: Legemiddelindustriforeningen, 2004.
4. Moynihan R, Smith R. Too much medicine? *BMJ* 2002; 324: 859–60.
5. Nesje SB. Tror medisinalvalg påvirkes av legemiddelindustrien. www.legeforeningen.no/index.gan?id=10138 (29.4.2004).
6. Forholdet mellom legene og legemiddelindustrien. Rapport. Oslo: Statens legemiddelverk, 2003.
7. Paris declaration. www.parisdeclaration.org (29.4.2004).