

Avhengighet kan være så mangt. Noen ganger ønskelig – som regel ikke. Noen blir avhengige av alkohol, tobakk og piller – andre av trening. Men kan leger også bli legemiddelfirmaavhengige?

Selv om legemiddelfirmaavhengighet neppe er sjeldent, er litteraturen på området sparsom. Som ved all avhengighet er *benektelse* av avhengighetens eksistens vanlig, spesielt for dem som selv er i faresonen. Kunnskap om denne form for avhengighet er nødvendig for å konkretisere hva som bør kjennetegne legers uavhengighet i forhold til legemiddelindustrien.

I litteraturen skiller man vanligvis mellom fysiologiske, psykologiske og atferdsmessige tegn på avhengighet (1). Fysiologisk avhengighet handler her om økonomiske bindinger mellom leger og legemiddelfirmaer, også omtalt som «gyrne lenker» (2). Psykologisk legemiddelfirmaavhengighet vil omfatte psykososial og faglig avhengighet, mens atferdsmessige tegn på avhengighet kan spores i legenes forskrivningsmønster.

Som motytelse for å promotere egne preparater sørger industrien for faglige møter etterfulgt av middag og kollegialt samvær. Legges de til utlandet, kjennetegnes møtene gjerne av eksklusivt hotell, påkostede middager og rikholdig sosialt program. Egne erfaringer og observasjoner tyder på at mange allmennpraktikere mer enn gjerne lar legemiddelindustrien fungere som en slags sosial velferdstjeneste. Det finnes eksempler på til dels meget nære relasjoner mellom enkeltleger og industrien. Utvalgte leger mottar ofte julegaver og påskjønnnes av «sitt» firma med kongressreiser til fjerntliggende destinasjoner.

Det er mange årsaker til de tette sosiale bånd mellom leger og legemiddelkonsulenter. Konsulentene kommer ikke med helseplager, de behandler legene med respekt og verdsetter deres oppfatninger (3). Dessuten er konsulentene ofte hyggelige, hjelpsomme, unge og pene. Og spandable. For overarbeidede allmennpraktikere er det både praktisk og behagelig at det finnes en legemiddelindustri som sørger for avbrekk og «påfyll» i hverdagen. Over tid bidrar de sosiale opplevelsene til en psykososial tilvenning kjennetegnet av sosial tilhørighet og personlig vennskap.

Faglig legemiddelfirmaavhengighet utvikler seg snikende over tid. Første symptom er passivisering i forhold til produsentnøytral etterutdanning om legemidler. I praksis overlates det til industrien og deres foredragsholdere å definere behovet for ny kunnskap. Leger oppgir ofte legemiddelkonsulenter som nære faglige rådgivere (3). På

firmaenes møter står de nyeste legemidlene primært i sentrum (4). Bare unntaksvis omtales ny viten om gamle, men fortsatt gode midler som for eksempel tiazider. Legemiddelkonsulentene fyller utvilsomt et informasjonsbehov om «siste nytt» på markedet, noe helsemyndighetene her i landet så langt har forsømt å gi. I Danmark, derimot, tilbyr det statlige Institutt for Rational Farmakoterapi jevnlig oppdatert og praksisnær produktinformasjon om nyregistrerte legemidler via Internett (www.irf.dk).

Legemiddelstudier lagt til allmennpraksis kan være verdifulle vitenskapelige undersøkelser, men grensene mot markedsføring er ofte uklare (5). Romslig honorar for hver inkludert pasient kan friste leger til å erstatte velfungerende behandling med det nye studiepreparatet. Fremme av egne økonomiske interesser på denne måten, uten pasientenes kjennskap, er både etisk og faglig uakseptabelt – og tegn på økonomisk legemiddelfirmaavhengighet.

Forskere og opinionsledere finnes i høyrisikogruppen for firmaavhengighet. Foredrag, utarbeiding av informasjonsmaterieell og organisering av kliniske utprøvinger honoreres godt. Legemiddelindustrien er en vesentlig oppdragsgiver og sponsor av klinisk forskning. Spesialister og forskere kan etter hvert føle at de står i personlig taknemlighetsgjeld til et firma, og at denne bør gjengjeldes ved å si noe pent om vertskapet medikamenter eller ved å tone ned kritiske merknader. Å pleie kontakt med flere konkurrerende firmaer blir av og til fremholdt som «bevis» på faglig uavhengighet. Men å balansere egen lojalitet mellom konkurrerende firmaer kan like godt handle om ren markedstilpasning for å optimalisere egne interesser.

Å være faglig uavhengig av legemiddelindustrien handler om at:

- legen ikke har relasjoner til legemiddelindustrien som ikke tåler offentlighetens lys
- forfatteren uoppfordret gjør rede for eventuelle interessekonflikter
- legens etterutdanning ikke er organisert eller sponset av industrien
- legen innhenter og selv vurderer produsent-uavhengig informasjon
- legen er lojal mot produsent-uavhengige, faglige handlingsprogrammer. For eksempel bør egen forskrivning avspeile at tiazider og betablokkere er anbefalt som førstevalg ved medikamentell blodtrycksbehandling (6)
- allmennpraktikere bare deltar i industri-sponsede legemiddelstudier som er anbefalt av Allmennmedisinsk Forskningsutvalg
- legen unngår bruk av kostbare legemidler når det finnes gode og billigere (generiske) alternativer

Antall uavhengige informasjonskilder på norsk er økende. Stadig flere medisinskvitenskapelige tidsskrifter, bl.a. Tidsskriftet, er tilgjengelig i fulltekst på Internett, der det også finnes kunnskapsbaserte terapioversikter og konsensusrapporter. De regionale sentre for legemiddelinformasjon (www.relis.no) svarer på henvendelser om nye og gamle medisiner. I dagens informasjons-samfunn er det derfor mulig å være faglig oppdatert om terapeutiske fremskritt uten hjelp fra legemiddelkonsulentene. Men det må settes av tilstrekkelig tid til å hente inn og fordøye denne kunnskapen, som gjerne kan *suppleres* med informasjon fra industrien.

Om hverdagstravelheten *bare* gir rom for konsulentbesøk og firmamøter og *ikke* for etterutdanning om legemidler basert på produsentnøytral kunnskap, bør alarmklokkene ringe. Da kan det være indikasjon for å si nei til konsulentbesøk og i stedet benytte innspart «firmatid» til lesing og læring. Helt uten risiko for legemiddelfirmaavhengighet.

Jørund Straand

jorund.straand@samfunnsmed.uio.no
Seksjon for allmennmedisin
Postboks 1130 Blindern
0317 Oslo

Kirsten Myhr

kirsten.myhr@relis.ullevål.no
RELIS Øst
Ullevål universitetssykehus
0407 Oslo

Jørund Straand (f. 1951) er spesialist i allmennmedisin.

Kirsten Myhr (f. 1947) er cand.pharm. og leder for RELIS Øst.

Litteratur

1. Statens helsetilsyn. Vanedannende legemidler, forskrivning og forsvarlighet. Oslo: Statens helsetilsyn, 2001. <http://www.helsetilsynet.no/trykksak.htm>.
2. Fugelli P. Rød resept. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 1236–9.
3. Lexchin J. Doctors and detailers: therapeutic education or pharmaceutical promotion? Int J Health Services 1989; 19: 663–79.
4. Lexchin J. What information do physicians receive from pharmaceutical representatives? Can Fam Physician 1997; 43: 941–5.
5. Wallere PC, Wood SM, Langman MJS, Breckenridge AM, Rawlins MD. Review of company postmarketing surveillance studies. BMJ 1992; 304: 1470–2.
6. Meland E, Ellekjær H, Gjelsvik B, Kimsås A, Holmen J, Hetlevik I. Medikamentell forebygging av hjerte- og karsykdommer i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2643–7.