

Retningslinjer som regulerer forholdet mellom leger og industri er viktig, men viktigst er det å erkjenne at dømmekraften kan påvirkes

## Etiske grenser og grenser for naivitet

Direktør Olav Fjell i Statoil var ikke bitter da han fikk sparken, men syntes det var forsmedelig at han måtte gå av på en sak som dreide seg om etikk (1). Kåre Valebrokk undret seg på kommentarplass i Aftenposten over hva som kan få bunnhederlige mennesker som Olav Fjell og Leif Terje Løddesøl til å gjøre slike vurderingsfeil, og konkluderte med at det skyldtes en bedriftskultur preget av unnfalighet (2) – i så fall er det mye verre for Statoil og andre norske selskaper enn for Fjell! Kanskje handlet det ikke først og fremst om enkeltpersoners etikk og moral. Det dreide seg vel så mye om viljen til å innse at man stod overfor et problem og at dømmekraften kan påvirkes av utsiktene til fortjeneste eller gevinst. Det samme er Eva Jolys poeng når hun kommenterer nordmenns forhold til korrupsjon: De er ikke nødvendigvis uetiske, men grenseløst naive når de tror at korrupsjon ikke er noe problem i Norge og at de selv ikke blir påvirket (3).

I midten av september satte NRKs *Brennpunkt* et ubehagelig søkelys på forholdet mellom leger og legemiddelindustri (4). Som vanlig er det i slike programmer mange unøyaktigheter og selektiv bruk av kilder og fakta. Men problemstillingene programmet tok opp, er like fullt viktige. Samhandling mellom leger og industri – når det gjelder legemidler og annet medisinsk utstyr – er et område som må tåle fullt flomlys.

Slik samhandling kan foregå på minst tre nivåer. For det første er leger involvert i selve kunnskapsutviklingen, altså den medisinske forskningen. For det andre står leger for mye av fortolkningen av forskningen gjennom f.eks. tidsskriftartikler og foredrag. For det tredje sørger leger for salg av produktene gjennom å anbefale dem for pasienter (resepter) eller ved å ta i bruk utstyr i behandling (f.eks. ved operative inngrep). På alle disse områdene trengs det klare kjøreregler og stor aktsomhet dersom både legene og industrien skal beholde tillit og troverdighet (5, 6). På mange måter er det siste det enkleste. Det er – iallfall i teorien – lett å lage regler for redelig markedsføring av medisinske produkter, og det må være en selvfølge at leger ikke på noen måte kommer i et lojalitetsforhold til produsenter av medisinsk utstyr. Derimot kan det være vanskeligere å lage nøyaktige regler for hvordan medisinske eksperter skal bruke sine kunnskaper og sin autoritet til å fortolke forskningen og komme med anbefalinger. Her blir man helt avhengig av den enkeltes objektivitet og dømmekraft.

På samme måte er det umulig å nekte leger å delta i forskning og utvikling av nye medikamenter og ny medisinsk teknologi. Bl.a. er kontrollert utprøving i praksis en forutsetning for at nye produkter skal kunne godkjennes. Men hva det forskes på og hvordan resultatene presenteres, er ikke gitt, og her er igjen den enkeltes vurderingsvev avgjørende.

Selv om det er vanskelig å lage utvetydige regler for hvordan råd skal utformes og forskning utføres, går det an å lage retningslinjer for hvordan ekspertråd skal honoreres og forskning finansieres. Åpenhet om betalingen er viktig, men vel så vesentlig er det at det settes klare grenser mellom dem som trekker konklusjonene eller fatter beslutningene og dem som får fortjenesten. Gang på gang er det påvist at det ikke er tilstrekkelig å være «oppmerksom på problemet» eller «bevisst sine roller» (7–9).

Det er ikke åpenbart hvor disse grensene skal settes for å beholde den nødvendige uavhengighet. Det hjelper hvis betalingen går til sykehuset eller en stiftelse istedenfor til den enkelte forsker eller ekspert. Men dersom sykehuset eller stiftelsen belønner dem som bringer inn flest penger, hva da? Eller dersom det opprettes et regionalt foretaksfond som så belønner den avdelingen eller legen som reduserer utgiftene f.eks. fordi han får gratis medikamenter og utstyr?

Det gjør det ikke enklere at økonomisk belønning er blitt så viktig i vårt samfunn. «I historiens øyne kommer vår generasjon til å få ansvaret for å ha latt dødsbakterier for demokratiet få utvikle seg i kjølvanen av globaliseringen. Alminneliggjøringen av korrupsjonen er nemlig baksiden av et kremmersamfunn hvor penger snart er det eneste kriteriet for anseelse og det eneste borgerne streber etter,» skriver Eva Joly mot slutten av sin bok (3, s. 215). Når vi har skapt oss et samfunn der suksess vesentlig måles i lønnsomhet og kostnadseffektivitet, blir det lettere å akseptere at man skal ha betaling for det meste. Dette forsvarer ikke Olav Fjells handlinger i Statoil. Og det gjør det ikke enklere at leger mottar betaling fra industrien. Men det gjør at man må være ekstra på vakt.

**Charlotte Haug**  
redaktør

### Litteratur

1. Elvik H. Den tapte tillit. Dagbladet 24.9.2003.
2. Valebrokk K. Unnfalighetens forbannelse. Aftenposten 28.9.2003.
3. Joly E. Er det en slik verden vi vil ha? Oslo: Aschehoug, 2003.
4. «Dette er ikke korrupsjon.» NRK Brennpunkt 16.9.2003.
5. Haug C. Trippelblindt. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1091.
6. Haug C. Farlig fristende fortjeneste. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1649.
7. Davidoff F, DeAngelis C, Drazen JM, Hoey J, Højgaard L, Horton R et al. Sponsing, forfatterskap og ansvarlighet. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2531–2.
8. Lock S, Wells F, Farthing M, red. Fraud and misconduct in biomedical research. 3. utg. London: BMJ Books, 2001.
9. Hjort PF. Forskning – til skrekk og advarsel. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1140.