

God utvikling av medisinsk praksis er utenkelig uten et nært samarbeid mellom leger og industri. Spørsmålet er hvordan forholdet skal reguleres

Farlig fristende fellesskap

Medisinens historie de siste hundre år er ikke bare beretningen om ny kunnskap om kropp og sjel, om sykdommers natur og lidelsers utbredelse. Den er også i aller høyeste grad en fortelling om utvikling av ny medisinsk teknologi – fra penicillin til poliovaksine og p-piller, til proteser og pacemakere og kunstige hjerteklaffer, til ultralyd og MR, til sterilt engangsutstyr og digitale overvåkningsmuligheter. Og selvsagt historien om en lang rekke medikamenter som virker – i større eller mindre grad – mot alt fra alvorlige sykdommer til sjenerende hverdagsplager.

Frembringelse av ny medisinsk teknologi foregår i ulike faser: Forskning og utvikling av nye produkter, klinisk utprøving, tolking av resultater, markedsføring og så kontinuerlig oppfølging og registrering av bivirkninger eller interaksjonseffekter. Leger er med i alle faser – og bør være med. Dette er utenkelig uten tett samarbeid mellom utviklere av medisinsk teknologi og utøvere av medisinsk praksis, altså mellom leger og industri. Men vilkårene for samarbeidet må være klare og tydelige, og de må håndheves – ikke minst for å sikre uhildede vurderinger av virkninger og bivirkninger underveis i prosessen.

Leger deltar i forskning som kan gi innovasjon. Det skjer dels på universitetene og dels i regi av industrien selv. Man kunne tenke seg at det ble satt tydelige skiller her, for eksempel kunne man forby offentlig ansatte å arbeide for private selskaper (inkludert sine egne). Det ville gi mulighet for kritisk kontroll. I stedet har man gått motsatt vei, inspirert ikke minst av offentlige myndigheter selv. Universitetene oppfordres til å inngå allianser med industrien og forskere oppmuntres til å kommersialisere resultatene av sin forskning. En betydelig del av den forskningen som industrien senere «bringer til markedet», er utviklet av folk betalt av det offentlige (både i Norge og andre land). Siden disse får et utbytte hvis produktet blir en kommersiell suksess, har verken forskerne eller industrien stor interesse av å sette søkelyset på eventuelle negative sider ved resultatene.

Leger deltar i klinisk utprøving av ny medisinsk teknologi. Igjen er det ingen andre som har tilsvarende mulighet for å bedømme virkninger og bivirkninger hos pasientene og sammenlikne dem med effekten av annen behandling som kunne gis. Men enkeltleger er i liten grad med på å bestemme hvordan slike undersøkelser skal gjennomføres. Studiene gjøres oftest som store multisentertundersøkelser der protokollene – og dermed rammen for hva som skal undersøkes – allerede er gitt. De utføres i regi av produsenten som ønsker å markedsføre sitt produkt. Da er det ikke forbausende at problemstillingene blir valgt slik at sannsynligheten for at det nye medikamentet kommer heldig ut er stor. Man kan undre seg over at leger blir med under disse forutsetningene. Det hadde neppe skjedd hvis de ikke fikk noe igjen for det. Og det gjør de. Noen får betalt for å rekruttere pasienter til studier, i andre tilfeller får avdelingen eller sykehuset betaling, direkte eller indirekte. Og svært ofte blir leger som bidrar til gjennomføringen av kliniske undersøkelser invitert til å delta på faglige møter der studien skal presenteres. I en tid der deltakelse på utenlandske kongresser – som ofte har stor

faglig interesse – nesten aldri betales av arbeidsgiver, er dette et betydelig incentiv til å bidra til at store legemiddelindustri-finansierte studier blir gjennomført og presentert.

Og så brukes leger i markedsføringen av nye medikamenter. Det er få som fungerer bedre som selger overfor kolleger enn eksperten fra egne rekker. Det er bokstavelig talt gull verdt å få en lege som er toneangivende på feltet til å anbefale et preparat. Det vet industrien, og derfor er de villige til å betale godt for foredrag eller artikler. Det er heller ikke urimelig eller underlig at de samme spesialistene synes at de (som andre) fortjener å få betalt for sin ekspertise. Problemet er bare at med økt betaling minsker troverdigheten til de råd som gis. Og det sier seg selv at hvis ekspertene også har vært med på å utvikle produktet – og endog vil få fortjeneste hvis det selger bra – så hjelper det lite at man er spesialist og ekspert.

Sist, men ikke minst er det leger som avgjør hvilke medikamenter pasientene skal bruke (og samfunnet betale for) gjennom sin forskrivningspraksis. Her forvalter legene betydelige fellesressurser gjennom blåreseptordningen, men de har også et stort ansvar for ikke å påføre enkeltpasienter store utgifter fordi de følger deres råd. Det er en selvfølge at leger ikke må la seg kjøpe til å skrive ut spesielle preparater som belønning for gratisreiser, attraktiv videreutdanning eller annet. Samtidig er legene avhengige av informasjon om nye produkter, og industrien er avhengig av de samme legenes tilbakemeldinger på hvordan produktene virker i praksis. Som Olav Gjerløw Aasland & Reidun Førde viser i sin artikkel i dette nummer av Tidsskriftet ser norske leger på legemiddelindustriens bidrag til den faglige utviklingen som viktig (1).

Samhandling mellom industri og leger er helt nødvendig, så hvorfor er det problematisk? Kanskje kan grunnen være at mens leger og industri tidligere ble vurdert som deltakere i en kritisk dialog der legene skulle ha pasientens beste for øye, mens industriens mål var profitt, så oppfattes de nå i stadig større grad som å stå på samme side. Samhandlingen skjer ikke bare for at legene skal kunne gi konstruktiv kritikk til industrien. Samarbeidet gir økonomiske fordeler for begge parter. De som taper, kan være pasientene og myndighetene (som betaler det hele).

Det er ikke galt å jobbe for profitt eller å jobbe for dem som jobber for profitt. Men forutsetningen er klare regler for hvem, hvor, hvordan og når – særlig i helsevesenet. Utfordringen er ikke å unngå all samhandling mellom leger og industri, men gjennom åpenhet og klare kjøreregler å skape tillit til at leger og legemiddelindustri samhandler til fellesskapets beste. Ellers vil jakten på profitt undergrave troverdigheten. Og troverdighet er legenes (og industriens) viktigste kapital.

Charlotte Haug
redaktør

Litteratur

1. Aasland OG, Førde R. Legers holdninger og praksis i forhold til legemiddelindustrien. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2603–6.