

Når produksjon og formidling av kunnskap styres av økonomi, blir legers forhold til farmasøytisk industri problematisk

## Legene og legemiddelindustrien – nok en gang

Det har de senere år vært økende oppmerksomhet rettet mot legers forhold til legemiddelindustrien (1, 2). Allmennheten stiller nå større krav til åpenhet og til etisk og økonomisk ryddighet blant folk som utøver makt, inkludert leger. Leger forordner dyre undersøkelser og behandlinger betalt av det offentlige, bl.a. gjennom blåreseptordningen, noe som stiller store krav om varsomhet med hensyn til økonomiske bindinger.

Legemiddelindustrien utvikler og markedsfører effektive medisiner som leger trenger i sitt arbeid med pasienter. Det er legitimt at industrien arbeider for å maksimere sitt økonomiske utbytte. Problemet oppstår når økonomisk utbytte og faglig virksomhet blir oppfattet som to sider av samme sak. Leger som jobber med klinisk virksomhet eller forskning, skal utelukkende ha pasientenes og samfunnets beste som sitt mål. Leger og industri har dermed prinsipielt forskjellige utgangspunkt for et samarbeid. Samrøre oppstår når leger glemmer dette implisitte motsetningsforholdet og ukritisk lar seg bruke av legemiddelindustrien for å selge flest mulig legemidler. En amerikansk psykiater beskrev nylig hvordan han etter et år med oppdrag fra legemiddelindustrien, stadig fant seg selv i situasjoner der han argumenterte for «sitt» legemiddel mot bedre vitende, drevet av lojalitet til sin oppdragsgiver – og av penger (3).

I dette nummer av Tidsskriftet publiserer Jørund Straand & Inger Johanne Christensen en studie om legemiddelkonsulenters lunsjmøter med leger i allmennpraksis (4). Forfatterne viser at sikkerhetsinformasjon om et legemiddel på slike møter ofte blir tonet ned til fordel for omtale av dets fortrefeligheter. Møtene kan sammenliknes med tilsvarende møter på sykehus over det ganske land – med en viktig forskjell: Allmennlegekontorene er små enheter med færre leger og oftere uten forskningskompetente tilhørere. Dette gir mindre rom for kritiske spørsmål. Ensidig informasjon kombinert med gaver (gratis lunsj, kulepennar etc.) har stor påvirkningskraft. Allmennpraktikere er pasientenes faste leger og står for den desidert største andelen av legemiddelforskrivningen.

Hvorfor er fortsatt lunsjmøter med legemiddelkonsulenter mange allmennlegers foretrukne måte å få informasjon om legemidler på? Å hevde at allmennleger heller må holde seg løpende oppdatert om legemidler ved søk i kunnskapsbasert faglitteratur, vitner om liten forståelse av allmennlegers arbeidssituasjon og bredden av deres faglige utfordringer. Legemiddelindustrien svarer på allmennlegenes kunnskapsbehov med metoder som er tilpasset egne formål. Det offentlige anser i liten grad dette kunnskapsbehovet som et statlig anliggende. RELIS (Regionale legemiddelinformasjonssentre) er hederlige unntak, men driver ikke oppsøkende virksomhet eller direkte dialog. Ny allmennmedisinsk forskning tyder på at uhildet legemiddelinformasjon fra fagfeller er ettertraktet og blir godt utnyttet av allmennleger (5). Det er på tide at det offentlige bruker slike funn og styrker legers videre- og etterutdanning.

Det har likevel skjedd store fremskritt hva gjelder kunnskapsformidling om legemidler til leger de siste årene. Etter lang diskusjon fattet landsstyret i Legeforeningen i 2004 et viktig vedtak om at kurs tellende i legers videre- og etterutdanning må gjennomføres uten økonomisk eller praktisk medvirkning fra legemiddel- og utstyrsindustrien. Vedtaket ser ikke ut til å ha gått utover kurskvali-

teten, og mye av debatten har forstummet. Mitt inntrykk er at stadig flere leger anser det som pinlig å dra på eksotiske reiser med begrenset faglig innhold sponset av legemiddelindustrien. Kan debatten derfor erklæres for avsluttet og det med godt resultat?

Det er nå på tide å rette blikket mot et annet ledd i kunnskapskjeden, nemlig begynnelsen, selve kunnskapsproduksjonen. Det har lenge vært et ønske fra politisk hold om at forskere må skaffe mer finansieringsmidler fra næringslivet. Legemiddelindustrien forvalter enorme ressurser som kan brukes til forskning av høy kvalitet, og samarbeid med industrien kan gi mulighet for å gjennomføre studier som ellers ikke vil bli finansiert i vårt land som gir forskning beskjedne vilkår. Det er likevel grunn til å være varsom. Klinisk forskning initiert og støttet av legemiddelindustrien har systematisk slagside i retning av positive resultater for det aktuelle produkt (6, 7). Store ressurser kan også dreie forskningstemaene i en retning som ikke er i samfunnets interesser i det lange løp. Selv industristøtte til forskning som ikke dreier seg om legemidler, for eksempel epidemiologisk forskning, kan være problematisk. Legemiddelindustrien ønsker mer oppmerksomhet rettet mot symptomer som nå eller senere kan behandles med legemidler og prøver å skape nye medisinske tilstander med ny etterspørsel etter behandling. Markedet utvides betydelig når friske mennesker oppfatter seg som pasienter og mulige kunder. Denne drivkraften må ikke undervurderes.

Vi trenger mer kunnskap om komplekse tilstander som muskel- og skjelettsykdom og psykiatriske lidelser og om årsaker til uførhet. Når forskere tar på seg oppdragsforskning, får de mindre tid til fri og industriuavhengig forskning som kan skaffe svar på de viktige utfordringene. Hensynet til pasientenes og samfunnets behov må telle mer enn næringslivets kortsiktige behov for økonomisk utbytte. Å overlate produksjon og formidling av kunnskap til en pengesterk industri er en feilslått strategi.

### Guri Rørtveit

*guri.rortveit@isf.uib.no*

*Guri Rørtveit (f. 1965) er fastlege, forskningsleder ved Allmennmedisinsk forskningsenhet i Bergen, førsteamanuensis ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen og leder i Tidsskriftets redaksjonskomité. Hun var i 2004 en av initiativtakerne til oppropet «Leger mot økt kommersialisering og korrupsjon» (2).*

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

### Litteratur

1. Bakken C. Må ha et klart forhold til industrien. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1980.
2. Leger mot økt kommersialisering og korrupsjon. [www.leger-mot-korrupsjon.net/index.html](http://www.leger-mot-korrupsjon.net/index.html) (14.1.2008).
3. Carlat D. Dr Drug Rep. [www.nytimes.com/2007/11/25/magazine/25memoir-t.html?pagewanted=1&\\_r=1](http://www.nytimes.com/2007/11/25/magazine/25memoir-t.html?pagewanted=1&_r=1). (7.1.2008).
4. Straand J, Christensen IJ. Kvaliteten på legemiddelkonsulentbesøk i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 555–7.
5. Straand J, red. Kollegabasert terapiveiledning for bedre bruk av legemidler i allmennpraksis. Prosjektrapport 2007. Oslo: Seksjon for allmennmedisin, Universitetet i Oslo, 2007.
6. Etter J-F, Burri M, Stapleton J. The impact of pharmaceutical company funding on results of randomized trials of nicotine replacement therapy for smoking cessation: a meta-analysis. *Addiction* 2007; 102: 815–22.
7. Kjærgard LL, Als-Nielsen B. Association between competing interests and authors' conclusions: epidemiological study of randomised controlled studies published in the BMJ. *BMJ* 2002; 325: 249.