



Skipausen som forsvant og utilbørlig påvirkning

Cecilie Risøe, formann NCS

Vintermøtet 2009 måtte arrangeres uten lørdagens tradisjonelle litt lange lunsjpause som muliggjør en skitur. Beslutningen ble tatt etter at Legemiddelindustriforeningen (LMI) på et relativt sent tidspunkt satte foten ned for deltakelse fra sine medlemmer som utstillere og symposiearrangører dersom lang lunsjpause ble opprettholdt. LMI var åpenbart bekymret for at muligheten til en skitur og litt frisk luft i løpet av en helg etter en lang arbeidsuke ville endre hensikten med møtedeltakelse fra faglig oppdatering til fritidsformål. Men grunnlaget for bekymringen er i det aktuelle tilfellet særdeles løst fundert. Det er mer sannsynlig at det er det gode fagprogrammet og muligheten for kollegialt samvær som trekker, ikke en mulig skitur for de som ikke har pausen belagt med møtevirksomhet.

Eksempelet med skipausen som forsvant utgjør bare en flik av et mye større lerret. Både nasjonalt og internasjonalt har det det siste året vært økt fokus på samarbeidet mellom leger og legemiddelfirmaer og utstyrsleverandører. Hvor går grensen for utilbørlig påvirkning? Selv om det i utgangspunktet er overlatt hver enkelt av oss å finne ut av denne grenseoppgangen, gis det stadig flere signaler om hvordan omverdenen oppfatter dette. I USA vil flere legemiddelfirmaer offentliggjøre alle utbetalinger ut over 500 dollar pr år til leger, foredragsholdere, konsulenter og forskningsinstitusjoner. Ikke bare reiser, men også industribetalte måltider som ikke er direkte knyttet til et akkreditert (CME) program, tolkes som en personlig gave og regnes med. Ifølge Dagens medisin (2009/04) vurderer også norske avdelinger av de samme firmaene en lignende praksis.

Parallelt med dette er det nylig kommet en oppfordring fra 11 fremtredende amerikanske kolleger i JAMA om at organisasjoner som representerer faget, i størst mulig grad bør avvikle finansielle bindinger til industrien ut over annonseinntekter og salg av utstillingsplass ved faglige møter (1). Blant forfatterne er Steven E. Nissen som nylig var president i American College of Cardiology (2005-07) og sjefsredaktør Cathrine DeAngelis i JAMA trolig best kjent for kardiologer. Begrunnelsen er både det ansvaret de medisinske foreningene har for utdanning innen faget og for å definere etiske normer for sine medlemmer, men også at andre leger, pasienter og offentlige organer må kunne stole på at de faglige anbefalinger som foreningene gir, kun representerer den best dokumenterte vitenskapelige kunnskapen. Artikkelen fikk mye mediaomtale i USA, og som et første skritt fulgte American College of Cardiology opp ved å avstå fra en halv million dollar for industrireklame på årets kongressvesker med begrunnelsen at tusenvis av leger ikke skulle omgjøres til omvandrende reklameplakater.

Kravene til et ryddig forhold mellom industri og fagmedisinske foreninger er ikke ukjente toner for norske ører. Forslagene om å minimalisere personlige interessekonflikter går likevel lengre enn vi er vant med. I artikkelen foreslås det at styremedlemmene i foreninger og organisasjoner som representerer faget, skal være helt konfliktfri i den perioden de innehar verv. Særlig viktig anses dette for leder, kommende leder, sist avgåtte leder, sekretær og kasserer. Like strenge krav foreslås for leger som deltar i utarbeidelse av faglige retningslinjer. Redegjørelse for potensielle interessekonflikter betegnes som en for svak beskyttelse i forhold til hvordan omverdenen oppfatter vår faglige integritet. En gjennomgående tone i

Formannen har ordet

artikkelen er at hvorvidt vi selv opplever interessekonflikter og integritet, er lite interessant i forhold til hvordan dette oppleves av andre leger, pasienter og offentligheten. I denne forbindelse kan det nevnes bare 11 % av anbefalingene i ACC/AHA retningslinjer klassifiseres som level A, det vil si basert på multiple randomiserte studier eller metaanalyser, mens hele 48 % klassifiseres som level C, det vil si basert på konsensus blant eksperter, kasuistikker eller behandlingstradisjon (2). Om forholdene i de europeiske retningslinjene er tilsvarende, gir det seg selv at ekspertenes integritet og uhildethet er helt sentral.

Viktige momenter i vurderingen av artikkelen til Rothman og kolleger er at dette kun er en meningsytring, ikke et vedtak eller et pålegg, og at de sterke restriksjonene de tar til orde for, i stor grad gjenspeiler amerikanske forhold med en tettere og langt mindre gjennomsluttig interaksjon enn vi er vant med. Men artikkelen gir grunn til noen refleksjoner om fremtidig forskningssamarbeid og industrifinansiert kongressdeltakelse.

Historisk sett er flere av de største norske bidragene innen klinisk kardiologisk forskning blitt til nettopp i samarbeid mellom fremstående forskere og utstørsindustri eller legemiddelfirmaer. Gode eksempler er utviklingen innen ekkokardiografi som ikke ville vært mulig uten en tett interaksjon, og store randomiserte undersøkelser som 4S, timolol-studien og CONSENSUS. Også for den videre fagutviklingen er et fortsatt samarbeid både ønskelig og nødvendig forutsatt en økt bevisstgjøring i egne rekker og hos den enkelte om at samarbeid påvirker habilitet. Begge parter motiveres av klinisk nysgjerrighet og ønsket om å bedre utrednings- og behandlingstilbudet for pasientene. Men partene har også hver sin tilleggsagenda. For industrien dreier det seg om en helt legitim interesse av å få frem resultater som gir eierne best mulig avkastning.

Selv om hjerte- og karsykdom fortsatt er den hyppigste dødsårsaken både blant kvinner og menn, er det ikke gitt at kardiologisk forskning vil ha like høy prioritet i tiden fremover som før, verken innen legemiddelindustrien eller offentlig finansiert forskning. Det er bekymringsfullt at en WHO-rapport fra 2004 som primært er rettet mot beslutningstakere i EU, gir lav prioritet til forskning på kardiologiske

medikamenter med et par unntak fordi denne pasientgruppen oppfattes som godt ivaretatt (3). Når så i tillegg Pfizer, ett av verdens største legemiddelselskaper, i 2008 trakk seg ut av vårt fagfelt, er det et alarmerende signal. Andre firmaer kan treffe tilsvarende beslutninger. Både stram prisregulering og vanskeligheter ved å vise ytterligere tilleggsgevinst av nye medikamenter i en pasientgruppe hvor det allerede er oppnådd betydelig reduksjon i mortalitet kan bidra til å gjøre klinisk kardiologisk forskning mindre attraktivt.

Norske leger har i en årrekke i stor grad fått dekket behovet for faglig oppdatering i form av internasjonal kongressdeltakelse på industriens regning. Samtidig som det er grunn til å takke de respektive firmaene for bistand, er det også grunn til å påpeke at det er arbeidsgiver – ikke utstørsprodusenter og farmasøytisk industri – som har plikt å sørge for faglig oppdatering av sine ansatte. Denne plikten er særlig fremtredende i kunnskapsbedrifter som helsevesenet hvor faglig oppdaterte medarbeidere er helt avgjørende for kvaliteten i det arbeid som utføres, ”produksjonen”. Det er pinlig når arbeidsgiver velger å lukke øynene og velte utgiftene over på en tredjepart i stedet for å legge dette inn som en kostnad i budsjettet. I utgangspunktet burde det ikke være nødvendig å påpeke ansvaret overfor arbeidsgiver, men erfaringen tilsier noe annet. Det bør derfor være en prioritert oppgave for Legeforeningen å få nedfelt at det må avsettes tilstrekkelig med ressurser i budsjettene for legers kongressdeltakelse. I diskusjonen om faglig integritet og utilbørlig påvirkning er problemstillingen skipause eller ikke på lørdagen under et vintermøte arrangert av en fagmedisinsk forening for intet å regne i den store sammenhengen.

1. Rothman DJ, McDonald WJ, Berkowitz CD et al. Professional Medical Associations and Their Relationships with Industry. A proposal for Controlling Conflict of Interest. *JAMA* 2009;301(13):1367-1372.
2. Tricoci P, Allen PM, Kramer JM et al. Scientific evidence underlying the ACC/AHA Clinical Practice Guidelines. *JAMA* 2009; 301 (8): 831-841.
3. Kaplan W, Laing R. Priority Medicines for Europe and the World. http://libdoc.who.int/hq/2004/WHO_EDM_PAR_2004.7.pdf