
Legemiddelkonsulentbesøk i allmennpraksis observert av femteårsstudenter

ORIGINALARTIKKEL

JØRUND STRAAND

jorund.straand@medisin.uio.no

Allmennmedisinsk forskningsenhet

Avdeling for allmennmedisin

Institutt for helse og samfunn, Helsam

Universitetet i Oslo

Han hadde ideen til studien, basert på en tilsvarende tidligere studie, har stått for datainnhenting og revisjon av manuskriptet og har godkjent innsendte manusversjon.

Jørund Straand (f. 1951) er professor i allmennmedisin og avdelingsleder.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

JEANETTE COOPER

Allmennmedisinsk forskningsenhet

Avdeling for allmennmedisin

Institutt for helse og samfunn, Helsam

Universitetet i Oslo

Hun har bidratt med litteratursøk, analyse og fortolkning av dataene, hadde primæransvaret for å utforme førsteutkastet under veiledning av Jørund Straand og har godkjent innsendte manusversjon.

Jeanette Cooper (f. 1988) er lege.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BAKGRUNN

Mange allmennpraktikere mottar besøk på legekontolet av legemiddelkonsulenter. Formålet med studien var å beskrive konsulentbesøkene, deres rammer og innhold (spesielt omtale av sikkerhetsinformasjon) og sammenligne funnene med funnene fra en tilsvarende studie gjort i 2001–02.

MATERIALE OG METODE

116 femteårs legestudenter (2001–02-undersøkelsen: 144) ved Universitetet i Oslo i praksis på fastlegekontor i helseregion Sør-Øst i perioden 2014–16 fylte ut et elektronisk spørreskjema etter å ha vært til stede ved et legemiddelkonsulentbesøk på legesenteret.

RESULTATER

Samtlige 116 besøk skjedde i lunsjpausen, og konsulenten spanderte maten. Ved 90 % av besøkene (2001–02-undersøkelsen: 81 %) deltok både leger og medarbeidere. Gratisprøver ble delt ut i 28 % av møtene (2001–02-undersøkelsen: 41 %) og mindre gaveartikler i 5 % (2001–02-undersøkelsen: 44 %). Selv om konsulenten ofte lot være å tematisere sikkerhetsinformasjon om legemidlet, skjedde dette likevel ikke så ofte som i 2001–02: bivirkninger (42 % versus 55 %; $p = 0,04$), interaksjoner (53 % versus 64 %; $p = 0,07$), kontraindikasjoner (37 % versus 61 %; $p = 0,0002$) og forsiktighetsregler (30 % versus 56 %; $p < 0,0001$). Legestudentene skåret sitt eget læringsutbytte av presentasjonene til noe under middels (4,8 på en skala fra 0 til 10) (2001–02-undersøkelsen: 4,2).

FORTOLKNING

Selv om det har skjedd en bedring siden 2001–02-undersøkelsen, er det fortsatt vanlig at informasjonen gitt ved legemiddelkonsulentbesøk er mangelfull når det gjelder omtale av bivirkninger, interaksjoner, kontraindikasjoner og forsiktighetsregler. Leger må basere seg på uavhengige informasjonskilder for å være oppdatert på legemidlenes sikkerhet.

Hovedbudskap

Et typisk legemiddelkonsulentbesøk i allmennpraksis består av påspandert lunsj med innlagt legemiddelomtale for leger og deres medarbeidere (i 90 % av tilfellene) eller bare for legene (10 %)

Utdeling av mindre gaveartikler er langt mindre vanlig nå (5 %) enn vist i en tilsvarende undersøkelse fra 2001–02 (44 %)

Ved 30–53 % av presentasjonene tematiserte ikke konsulentene bivirkninger, interaksjoner, kontraindikasjoner eller forsiktighetsregler. Det er dog endringer fra den tidligere undersøkelsen fra 2001–02, da slik omtale manglet i 55–65 % av presentasjonene

Fordi allmennmedisinen omfatter praktisk talt alle terapiområder, er det spesielt krevende for en allmennlege å holde seg oppdatert om alle legemidler man skriver ut. I Norge er Felleskatalogen, *Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell* og *Norsk Elektronisk Legehåndbok* (NEL) allmennlegenes hyppigst brukte oppslagsverk (1). Legene regner industriavhengige kunnskapskilder som mindre nyttige og til å ha mindre påvirkning av deres forskrivningspraksis enn industriuavhengige kilder (1).

I større grad enn de selv vil innrømme lar imidlertid leger seg informere og påvirke av reklame fra legemiddelindustrien (2, 3). Dette kan være problematisk, siden undersøkelser har vist at rundt halvparten av påstandene fremhevet i skriftlig legemiddelreklame verken er korrekte eller klinisk relevante (4, 5).

I 2008 ble det publisert en undersøkelse i Tidsskriftet om legemiddelkonsulentbesøk i allmennpraksis (6). Utgangspunktet var en spørreundersøkelse utført i 2001–02 blant femteårs legestudenter som hadde vært til stede under legemiddelkonsulentbesøk i forbindelse med sin seks uker lange praksisperiode hos en allmennlege (6).

Et viktig funn var at konsulentene i 55–64 % av tilfellene ikke informerte om legemidlets bivirkninger, interaksjoner, kontraindikasjoner eller forsiktighetsregler. I en ledsagende lederartikkel ble spørsmålet reist om allmennleger kan være spesielt lette å påvirke med reklame, siden det ved de fleste legekontorer er få leger og fordi allmennleger flest mangler forskningskompetanse (7).

I en kommentar til undersøkelsen understreket Legemiddelindustrien (LMI) at legemiddelkonsulentenes informasjon skal være «nøyaktig, balansert, sannferdig og objektiv, og tilstrekkelig komplett til å gjøre mottakeren i stand til å danne seg en egen mening om det aktuelle legemidlets terapeutiske verdi» (8). I lys av dette mente de at funnene i undersøkelsen (6) ga grunn til bekymring, de ville derfor sette søkelys på problemstillingen i utdanningen av legemiddelkonsulenter (8).

Fordi det er uvisst om markedsføringen er endret siden den nevnte undersøkelsen (6), er det ønskelig med oppdatert kunnskap om legemiddelkonsulentbesøk hos allmennleger slik dette foregår i dag.

Ved å gjenta samme undersøkelse som i 2001–2 (6) er formålet med denne studien å beskrive legemiddelkonsulentbesøk i norsk allmennpraksis med spesiell vekt på formidling av sikkerhetsinformasjon – for å se om det har skjedd en endring sammenlignet med undersøkelsen for 15 år siden.

Materiale og metode

Undersøkelsen ble utført av femteårs legestudenter ved Universitetet i Oslo i forbindelse med deres seks uker lange praksisperiode på et fastlegekontor i helseregion Sør-Øst. Datainnsamlingen foregikk i tidsrommet 2014–16. I alt fire fortløpende studentkull med til sammen 380 studenter ble oppfordret til å bidra i datainnsamlingen.

Deltagelsen gikk ut på å fylle ut et kort elektronisk spørreskjema om et legemiddelkonsulentbesøk som studenten hadde overvært. Det elektroniske spørreskjemaet (ramme 1) var tilgjengelig for studentene via en lenke som var sendt dem på e-post i forveien. Det ble sendt en påminnelse om studien per e-post i løpet av praksisperioden. SurveyMonkey ble brukt som verktøy for registrering og innsending av data.

Ramme 1 Spørreskjema utfyllt av legestudent etter legemiddelkonsulentbesøk hos praksislærer i allmennpraksis. Svar på spørsmålene nr. 1, 8 og 10 inngår ikke i analysene i denne studien

1. Dato for legemiddelkonsulentbesøk
2. Navn på legemiddelet
3. Navn på firmaet som markedsfører legemiddelet
4. Hvem var til stede på møtet? (legene på senteret; både legene og medarbeiderne)
5. Bød konsulenten på noe matservering? Ja (hva slags?); Nei
6. Gjaldt presentasjonen (flere svar mulig):
 - a. Nytt legemiddel som ennå ikke er på det norske markedet?
 - b. Nyregistrert legemiddel som (ennå) ikke er refusjonsberettiget på blåresept?
 - c. Legemiddel registrert i Norge i 2014 eller senere
 - d. Nye opplysninger om kjent legemiddel?
 - e. Annet (spesifiser)
7. Ga konsulenten uoppfordret frem felleskatalogteksten om preparatet? (ja/nei)
8. Bivirkningene konsulenten oppga – de samme som i Felleskatalogen? (ja/nei/vet ikke)
9. La konsulenten uoppfordret frem:
 - a. Kontraindikasjoner (ja/ufullstendig/nei)
 - b. Forsiktighetsregler (ja/ufullstendig/nei)
 - c. Interaksjoner (ja/ufullstendig/nei)
 - d. Bivirkninger (ja/ufullstendig/nei)
10. Hva var hovedbudskapet til konsulenten? (fritekst)
11. Ble det gitt en sterk oppfordring om å forskrive legemidlet? (ja/nei; dersom ja: på hvilken måte? fritekst)
12. Spurte konsulenten aktivt etter hvor mange pasienter i praksisen som kunne være aktuelle brukere av dette legemidlet? (ja/nei; fritekst for

nærmere beskrivelse dersom «ja»)

13. Hva tilbød konsulenten? (kryss av, flere svarkryss mulig)

- a. Dokumenter/brosyrer
- b. Gratisprøver
- c. Gaver
- d. Invitasjon til å delta på studie
- e. Invitasjon til kveldsmøte
- f. Invitasjon til arrangement annet sted i landet?
- g. Annet (fritekst)

14. Samlet vurdering av studentens eget faglige utbytte på en skala fra 0 (svært dårlig) til 10 (særdeles bra)

Vi har sammenlignet resultatene fra denne studien med tall fra den tilsvarende undersøkelsen i samme setting i 2001–02 (6). Den eneste forskjellen mellom den aktuelle studien og den tidligere undersøkelsen var at vi denne gangen benyttet et elektronisk spørreskjema i stedet for et papirbasert.

143 legestudenter returnerte skjemaet. Av disse hadde 26 ikke overvært et legemiddelkonsulentbesøk på legesenteret, mens én hadde deltatt på et hotellseminar på kveldstid. De resterende 116 svarskjemaene fra studenter som hadde deltatt på legemiddelkonsulentbesøk på sitt legesenter utgjør materialet for analysene. Fordi ikke alle studentene hadde svart fullstendig på alle spørsmålene, varierer nevneren på noen av dem. Der annet ikke er oppgitt, er nevneren 116.

Data fra innsendte spørreskjemaer forelå som enkle frekvenstabeller fra SurveyMonkey. Navn på medikamenter som ble promotert, ble gruppert i anatomiske, eventuelt terapeutiske, hovedgrupper.

Khikvadrattest ble brukt for å sammenligne forskjeller mellom proposjoner. Til dette ble en nettbasert kalkulator benyttet (9). Signifikansnivået ble satt til 0,05. 95 % konfidensintervall (KI) for gjennomsnittlig skår for studentenes læringsutbytte ble regnet ut ved hjelp av statistikkprogrammet NSD stat versjon pro 1.1 (Norsk senter for forskningsdata, NSD, tidligere Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, Bergen).

Fordi de registrerte opplysningene var helt anonyme (verken navn på legestudent, legesenter eller legemiddelkonsulent ble registrert), var det ikke nødvendig å innhente godkjenning fra regional etisk komité eller Datatilsynet.

Resultater

Undersøkelsen omfatter 116 konsulentbesøk fra i alt 23 ulike legemiddelfirmaer (2001–02-undersøkelsen: 144 konsulentbesøk fra 26 ulike firmaer). De legemiddelgruppene som oftest ble omtalt, var midler mot obstruktiv lungesykdom (37 %), medisiner mot hjerte- og karsykdom (19 %) og antidiabetika (18 %) (tab 1).

Tabell 1

116 legemiddelkonsulentbesøk i allmennpraksis i 2014–16 fordelt på virkeområder for de omtalte medikamentene sammenlignet med 144 konsulentbesøk i 2001–02 (6)

Virkeområde for omtalte medisiner	2001–02 (6) (144 besøk) Andel (%)	2014–16 (116 besøk) Andel (%)
Hjerte og kar	21	19
Lunge ¹	18	37
Muskel og skjelett	10	0
Nervesystemet	9	6
Psykofarmaka	7	2
Gynekologi	7	1
Endokrin sykdom ²	6	18
Mage og tarm	4	1
Urinveier	4	6
Allergimidler	2	3
Andre ³	12	7

¹Midler mot obstruktiv lungesykdom

²Antidiabetika

³Antibiotika, øyepreparater, dermatologiske preparater mv.

I 90 % av tilfellene var både leger og legekontorets øvrige medarbeidere til stede under presentasjonen, de resterende møtene var forbeholdt legene. Under samtlige besøk fikk deltagerne lunsj betalt av legemiddelkonsulenten.

50 av besøkene handlet om nye opplysninger om kjente legemidler, 45 om nytt refusjonsberettiget legemiddel, 19 om nytt legemiddel som ennå ikke var refusjonsberettiget, mens to av møtene handlet om et legemiddel som fortsatt ikke er godkjent for det norske markedet.

Konsulenten delte ut skriftlig materiell ved 96 % av alle besøkene, i 33 tilfeller (28 %) omfattet dette Felleskatalogteksten. Gratisprøver ble delt ut ved 28 % av besøkene (2001–02-undersøkelsen: 41 %) og mindre gaveartikler ble delt ut ved 5 % av besøkene (2001–02-undersøkelsen: 44 %) (tab 2). Ved 20 % av besøkene (2001–02-undersøkelsen: 12 %) ble legene invitert til kveldsmøte lokalt eller til et firmaarrangement et annet sted i landet (tab 2).

Tabell 2

Legemiddelkonsulentbesøk i allmennpraksis i 2001–02 (n = 144 besøk) (6) og i 2014–16 (n = 116 besøk): Utdelt materiale og invitasjoner til legene. Basert på spørreskjemaundersøkelse blant studenter utplassert i allmennpraksis

Utdelt materiale og invitasjoner	2001–02 (6) Andel (%)	2014–16 Andel (%)	P-verdi
Faglitteratur, skriftlig materiell	86,8	94,0	< 0,05
Gratisprøver	41,0	27,6	< 0,05
Gaveartikkel	43,7	5,2	< 0,0001
Invitasjon til kveldsmøte	9,0	12,1	< 0,05
Invitasjon til arrangement annet sted i landet	2,8	7,8	0,08
Invitasjon til å delta i en legemiddelstudie	2,0	0,8	0,40

Ved 72/115 konsulentbesøk (63 %) opplevde legestudenten at det ble gitt en sterk oppfordring til legene om å forskrive det aktuelle midlet. Konsulenten spurte aktivt om hvor mange aktuelle brukere av midlet det kunne være i praksisen ved 58/114 besøk (51 %).

Selv om konsulenten mange ganger lot være å tematisere sikkerhetsinformasjon om legemidlet, skjedde dette likevel ikke så ofte som i 2001–02 – det gjelder bivirkninger (42 % versus 55 %; $p = 0,04$), interaksjoner (53 % versus 64 %; $p = 0,07$), kontraindikasjoner (37 % versus 61 %; $p = 0,0002$) og forsiktighetsregler (30 % versus 56 %; $p < 0,0001$) (tab 3).

Tabell 3

Legemiddelkonsulentbesøk 2001–02 ($n = 144$ besøk) (6) sammenlignet med tall fra tilsvarende undersøkelse i allmennpraksis i 2014–16 ($n = 116$ besøk). Andel av legemiddelpresentasjoner hvor studentene anga ingen omtale, ufullstendig omtale eller omtale av henholdsvis bivirkninger, interaksjoner, kontraindikasjoner og forsiktighetsregler¹. Tallene viser andel (%) og p-verdi for forskjeller

Tema ¹	Ikke omtalt			Ufullstendig omtalt			Omtalt		
	2001–02	2014–16	P-verdi	2001–02	2014–16	P-verdi	2001–02	2014–16	P-verdi
Bivirkninger	54,9	41,7	< 0,05	28,9	29,6	0,9	16,2	28,7	< 0,05
Interaksjoner	64,0	52,7	0,07	20,1	29,5	0,08	15,8	17,9	0,66
Kontraindikasjoner	60,7	37,4	< 0,001	20,0	27,8	0,14	19,3	34,8	< 0,01
Forsiktighetsregler	56,5	30,4	< 0,0001	23,9	32,1	0,15	19,6	37,5	< 0,01

¹Antall utfylte svar varierte mellom variablene. I 2014–16 var det 115, 112, 115 og 112 utfylte skjemaer for hhv. bivirkninger, interaksjoner, kontraindikasjoner og forsiktighetsregler. Tilsvarende tall for 2001–02 var 142, 139, 140 og 138 (6)

På en visuell analog skala fra 0 til 10 for læringsutbytte, der 0 var svært dårlig og 10 særdeles bra, ga legestudentene en gjennomsnittlig skår på 4,8 (median 5), med 95 % KI 3,5–6,5. Tilsvarende gjennomsnittlige skår i 2001–02 var 4,2 (median 4) og 95 % KI 3,9–4,5 – det vil si ingen signifikant endring i hvorledes studentene verdsatte læringsutbyttet fra legemiddelkonsulentenes presentasjoner.

Diskusjon

Studien viser at legemiddelkonsulentbesøk på allmennlegekontorene foregikk mye på samme måte i 2014–16 som i 2001–02, det vi så i form av en gratis lunsj for legene og deres medarbeidere (6). Det deles fortsatt i stor grad ut faglitteratur og skriftlig (reklame)materiale under legemiddelkonsulentbesøkene, men vi fant en betydelig nedgang i utdelingen av gaveartikler når vi sammenligner våre funn med funnene fra 2001–02-studien (fra 44 % til 5 %) (6).

Sammenlignet med undersøkelsen i 2001–02 ble legemidler mot obstruktiv lungesykdom og diabetes type 2 promotert oftere i 2014–16. Interessant nok registrerte vi ingen produktpresentasjoner innen gruppen muskel- og skjelettsykdommer. I 2001–02 handlet mye av markedsføringen innen denne gruppen om COX-2-hemmerne rofecoksib og celecoxib, som kom på det norske markedet i år 2000. På grunn av underslått sikkerhetsinformasjon ble rofecoksib som kjent trukket fra markedet noen år senere (10).

Når man sammenligner omtalen av bivirkninger, interaksjoner, kontraindikasjoner eller forsiktighetsregler med studien gjort for 15 år siden (6), kommer det frem at dette fortsatt underkommuniseres i legemiddelkonsulentenes produktpresentasjoner. Nevnte egenskaper ved preparatet ble *ikke* omtalt ved 30–53 % av konsulentbesøkene. Sammenlignet med undersøkelsen for 15 år siden (da slik informasjon ikke ble gitt i 55–65 % av presentasjonene), er her likevel klare forbedringer å spore.

Våre resultater – fortsatt mangelfull vektlegging av sikkerheten til medikamentet som omtales – stemmer godt overens med resultatene i en lignende studie fra Canada, Frankrike og USA, publisert i 2013 (11). Legemidlets fordeler ble her diskutert dobbelt så ofte som mulige skadelige effekter (80 % versus 41 %). På tross av dette var legene positive til kvaliteten på informasjonen de mottok fra legemiddelkonsulentene, og nesten to av tre ble overbevist om at de burde øke sin forskrivning av det omtalte preparatet (11).

Også andre (12) har vist at legemiddelkonsulenter vanligvis presenterer selektert og positiv informasjon om sine produkter. Det er i Norge ikke lov å markedsføre reseptbelagte legemidler overfor befolkningen. For farmasøytisk industri blir derfor markedsføringen overfor forskriverne desto viktigere.

At vi ikke eksplisitt ba studentene om å melde tilbake dersom de *ikke* ønsket å delta i studien eller de *ikke* hadde overvært et legemiddelkonsulentbesøk i praksisperioden, gjør at vi mangler datagrunnlag for å diskutere svarprosenten. Fordi vi heller ikke har kartlagt hvor mange konsulentbesøk som faktisk fant

sted ved de aktuelle legekontorene i de aktuelle praksisperiodene, vet vi heller ikke hvor stor andel av konsulentbesøkene denne undersøkelsen omfatter. Dette er viktige begrensninger som må tas i betraktning ved fortolkning av funnene.

I en studie fra 2008 kom det frem at norske fastleger siste tomånedersperiode gjennomsnittlig hadde rundt ett konsulentbesøk annenhver uke (1). Det har imidlertid vært en betydelig nedgang i antall legemiddelkonsulenter i Norge de siste 15 år. Mens det i 2002 var registrert 792, var det i 2016 bare 433 registrerte legemiddelkonsulenter, en nedgang på 45 % (personlig meddelelse Lisa Bergstad, Legemiddelindustrien, 13.9.2016).

Færre legemiddelkonsulenter innebærer sannsynligvis færre konsulentbesøk på fastlegekontorene. Dette er antagelig en medvirkende forklaring til at vi ikke klarte å registrere like mange besøk i denne undersøkelsen som det som ble registrert i 2001–02-studien (6).

En annen mulig forklaring kan være at studentenes praksislærere kan ha blitt noe mer restriktive når det gjelder å ta imot legemiddelkonsulenter på kontoret. Leger som melder seg til å være praksislærere, gjør dette mest ut fra et faglig engasjement. Det kan innebære at de derfor også er mer enn gjennomsnittet opptatt av å ta et selvstendig ansvar for sin faglige oppdatering. Vi er kjent med at flere av dem ikke (lenger) tar imot besøk fra legemiddelkonsulenter.

Hvorvidt overgangen fra spørreskjema på papir (2001–02-undersøkelsen) til vårt motsvarende elektroniske spørreskjema kan ha medvirket til noe større frafall, kan også diskuteres, men vi anser ikke dette som særlig sannsynlig.

I denne studien er mange av resultatene basert på studentens *opplevelse* av møtet med en legemiddelkonsulent på fastlegekontoret. Det kan tenkes at noen studenter generelt er så skeptiske overfor legemiddelindustrien at det kan ha smittet over på deres opplevelse av konsulentbesøket og dermed også over på resultatene i undersøkelsen.

Mot slutten av studiet er de fleste legestudenter i kontakt med legemiddelindustrien på en eller annen måte. En studie utført blant norske femte- og sjetteårs legestudenter i Norge og i Ungarn/Polen i 2008–09 viste at 74 % av dem i varierende grad hadde hatt kontakt (møte eller samtale med konsulent) med legemiddelindustrien (13). Studentene i Polen og Ungarn var faktisk de som hadde hatt minst kontakt med farmasøytisk industri.

Slik kontakt er imidlertid assosiert med *mer* positive holdninger til industriens markedsføring og tilsvarende manglende tro på at interaksjoner med legemiddelindustrien kan ha negative implikasjoner (14). Seks av ti norske legestudenter rapporterte å ha et positivt eller nøytralt forhold til legemiddelindustrien (13). De resterende oppga at de var kritiske til å ha forbindelse med industrien, og forfatterne drøfter om dette kan ha sammenheng med det nasjonale vedtaket fra 2005 som slo fast at «undervisningen i medisinstudiet skal arrangeres uten økonomisk eller praktisk medvirkning fra private firmaer eller industri» (15). Industrien har heller ikke lenger anledning til å arrangere møter for legestudentene ved norske universiteter (13).

Selv om noen av svarene på spørsmålene i vår studie er basert på studentens skjønn, har vi ikke grunn til å anta at våre studenter hadde spesielt forutinntatte oppfatninger om farmasøytisk industri som kan ha påvirket deres skjønnsmessige vurderinger.

Det kan også tenkes som en begrensning at det var studenten og ikke allmennlegen som vurderte konsulentbesøket. Legestudenter er uerfarne innen klinisk allmennmedisin og har antageligvis mindre kjennskap til legemidlene som ble presentert enn en erfaren allmennlege. Ut fra dette kunne man imidlertid ha forventet at de ville hatt stor interesse av det som konsulentene presenterte. Men de bedømte tvert imot læringsutbyttet av å overvære legemiddelkonsulentbesøket til under midt på treet, som i studien fra 2001–02 (6). Det er liten grunn til å tro at legestudentenes måte å vurdere det faglige innholdet på skulle være annerledes i dag enn for 15 år siden. Kritisk holdning til presentert informasjon er fortsatt noe som er sterkt vektlagt på legestudiet i Oslo.

Både denne og andre tilsvarende studier indikerer at leger ikke kan basere seg på informasjon fra farmasøytisk industri alene for å være faglig oppdatert om legemidler. Selv om Legemiddelindustrien sier at konsulenten skal informere legene så godt om et legemiddel at legene kan gjøre en riktig vurdering av medikamentets terapeutiske verdi i en forskrivningssituasjon (8), er det viktig å understreke at industrien *ikke* er del av helsetjenesten.

Legemiddelkonsulentenes oppgave er først og fremst å være selgere og å øke markedsandelen til de midlene de promoterer. Informasjonen konsulentene presenterer, må tolkes i lys av dette. Leger trenger derfor produsentuavhengig legemiddelinformasjon.

Ett eksempel på slik informasjon er siden «Nytt om legemidler» i Tidsskriftet, der Statens legemiddelverk informerer om både gamle og nye medikamenter. Norske allmennleger benytter også i stor grad andre uavhengige informasjonskilder om legemidler, for eksempel *Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell*, *Norsk Elektronisk Legehåndbok*, Kunnskapssenteret for helsetjenesten og de regionale legemiddelinformasjonssentrene (RELIS).

Skal imidlertid legemiddelkonsulentene leve opp til den standard for markedsføring som også deres egen bransjeorganisasjon har satt (8), er det fortsatt et betydelig forbedringspotensial.

Artikkelen er en omarbeidet versjon av daværende medisinstudent Jeanette Coopers prosjektoppgave høsten 2016 ved Universitetet i Oslo. Vi takker studentene som fylte ut spørreskjemaet.

Artikkelen er en omarbeidet versjon av daværende medisinstudent Jeanette Coopers prosjektoppgave høsten 2016 ved Universitetet i Oslo. Vi takker studentene som fylte ut spørreskjemaet.

LITTERATUR

1. Høye S, Straand J, Brekke M. Hvordan holder allmennleger seg oppdatert om legemidler? Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 2692 - 5. [PubMed]

2. Aasland OG, Førde R. Legers holdninger og praksis i forhold til legemiddelindustrien. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2603 - 6. [PubMed]
 3. Lieb K, Scheurich A. Contact between doctors and the pharmaceutical industry, their perceptions, and the effects on prescribing habits. PLoS One 2014; 9: e110130. [PubMed][CrossRef]
 4. Solhaug HR, Indermo H, Slørdal L et al. Skriftlig legemiddelreklame – til å stole på? Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1314 - 7. [PubMed]
 5. Gladsø KH, Garberg HR, Spigset O et al. Skriftlig legemiddelreklame – fremdeles ikke til å stole på? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1563 - 8. [PubMed][CrossRef]
 6. Straand J, Christensen IJ. Kvaliteten på legemiddelkonsulentbesøk i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 555 - 7. [PubMed]
 7. Rørtveit G. Legene og legemiddelindustrien – nok en gang. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 553. [PubMed]
 8. Kormeset PO. Om legemiddelkonsulenter og legemiddelinformasjon. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1684 - 5. [PubMed]
 9. . MedCalc® statistical software.
https://www.medcalc.org/calc/comparison_of_proportions.php(1.11.2017).
 10. Horton R. Vioxx, the implosion of Merck, and aftershocks at the FDA. Lancet 2004; 364: 1995 - 6. [PubMed][CrossRef]
 11. Mintzes B, Lexchin J, Sutherland JM et al. Pharmaceutical sales representatives and patient safety: a comparative prospective study of information quality in Canada, France and the United States. J Gen Intern Med 2013; 28: 1368 - 75. [PubMed][CrossRef]
 12. Lexchin J. What information do physicians receive from pharmaceutical representatives? Can Fam Physician 1997; 43: 941 - 5. [PubMed]
 13. Lea D, Spigset O, Slørdal L. Norwegian medical students' attitudes towards the pharmaceutical industry. Eur J Clin Pharmacol 2010; 66: 727 - 33. [PubMed][CrossRef]
 14. Austad KE, Avorn J, Kesselheim AS. Medical students' exposure to and attitudes about the pharmaceutical industry: a systematic review. PLoS Med 2011; 8: e1001037. [PubMed][CrossRef]
 15. Referat fra nasjonalt utdanningsmøte 20.10.2005. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. <http://docplayer.me/13556056-Torsdag-20-oktober-2005-kl-10-00-16-00-i-laboratoriesenteret-moterom-lm-22.html> (1.11.2017).
-

Publisert: 8. januar 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0078

Mottatt 23.1.2017, første revisjon innsendt 12.6.2017, godkjent 17.11.2017.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 16. februar 2026.