

Kvaliteten på legemiddelkonsulentbesøk i allmennpraksis

Sammendrag

Bakgrunn. For mange allmennpraktikere er besøk av legemiddelkonsulent en vanlig måte å bli oppdatert om legemidler på. Formålet med denne studien var å kartlegge innholdet i og rammen for slike konsulentbesøk samt å gjøre en kvalitetsvurdering av legemiddelkonsulentenes informasjon.

Materiale og metode. Femteårs legestudenter (Oslo, 2001 og 2002) fylte ut et spørreskjema etter at de hadde overvært et legemiddelkonsulentbesøk under allmennmedisinsk praksisperiode i tiende semester. Tre studentkull deltok i undersøkelsen.

Resultater. 144 (60 %) av 241 studenter returnerte korrekt utfyllt spørreskjema. De 144 konsulentbesøkene handlet om 64 ulike legemidler, vanligst hjerte og karmedisiner og lungemedisiner. Det tyske opplegget for besøkene var at de ble lagt til lunsjpausen der konsulentene spanderte et måltid (90 %), og hvor ikke-leger var til stede (81 %). Konsulentene tilbød ofte legene gratis prøvepakninger av aktuelt legemiddel (41 %) og delte ut mindre gaveartikler (44 %). I fire av fem tilfeller ga konsulentene mangelfull sikkerhetsinformasjon om det aktuelle legemidlet. Vurdert på en skala fra 0 (svært dårlig) til 10 (sædeles bra), skåret legestudentene eget faglig læringsutbytte av konsulentbesøket i gjennomsnitt til 4,2.

Fortolkning. Den systematisk mangelfulle sikkerhetsinformasjonen som gis av legemiddelkonsulenter, understreker behovet for å styrke produsentuavhengig etterutdanning om legemiddelterapi i allmennpraksis.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 553

Jørund Straand

jorund.straand@medisin.uio.no
Seksjon for allmennmedisin
Allmennmedisinsk forskningsenhet
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 Oslo

Inger Johanne Christensen*

Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo

* Nåværende adresse:
Songdalen legesenter
4645 Nodland

En viktig del av legemiddelindustriens markedsføring består i konsulentbesøk på legekontorene i legers arbeidstid. En allmennlege har i snitt tre til fire slike besøk per måned (1, 2). Konsulentene tilstreber å skape en kollegial atmosfære der de verdsetter legenes oppfatninger (3). Når de kommer til avtalt møte, stiller de ofte med medbrakt lunsjmat og et poengtert informasjonsopplegg skreddersydd for et kort møte. Fire av ti norske leger mente i 2002 at informasjonen fra industrien var avgjørende for deres faglige oppdatering (4). For travle allmennleger blir legemiddelkonsulenter lett den viktigste enkeltkilden for oppdatering om nye medikamenter.

Selv om mange leger mener de selv ikke blir påvirket av markedsføring, har flere undersøkelser slått fast at dette likevel er tilfellet (4, 5). Personlig kontakt mellom lege og firmarepresentant regnes som spesielt effektivt i forhold til å påvirke legers forskrivningspraksis (6). Uheldige effekter av utstrakt kontakt mellom leger og farmasøytisk industri er uhensiktsmessig forskrivningspraksis, økt bruk av de nyeste medikamentene, økte forskrivningskostnader og mindre bruk av generiske preparater (7–9).

Det er viktig at informasjonen som gis ved konsulentbesøk er så korrekt og fullstendig som mulig. Utenlandske undersøkelser viser imidlertid at dette svært ofte ikke er tilfellet (2, 10, 11). Vi kjenner ikke til tidligere studier der leger eller legestudenter har vurdert kvaliteten av informasjon gitt under legemiddelkonsulentbesøk i norsk allmennpraksis. Formålet med denne undersøkelsen var å beskrive legemiddelfirmabesøk i norsk allmennpraksis samt å la femteårs legestudenter kvalitetsvurdere konsulentenes informasjon.

Materiale og metode

Undersøkelsen ble gjennomført av legestudenter i Oslo. I det femte studieåret, i tiende semester, har studentene en seks ukers praksisperiode i allmennpraksis. Før praksisperioden ble studenter på tre fortløpende kull (høst 2001 og vår og høst 2002) spurt om å bidra til denne kartleggingen ved å fylle ut et spørreskjema (ramme 1) om rammer og innhold for et legemiddelkonsulentbesøk de hadde overvært hos sin praksislærer. For å hindre at legemiddelkonsulentenes presentasjon skulle påvirkes av undersøkelsen, ble de ikke informert om undersøkelsen. Etter møtet ble legestudentene bedt om å skåre eget faglig utbytte av møteinnholdet på en visuell analog karakterskala 0–10, der «0» sto for «svært dårlig», mens «10» sto for «sædeles bra». Resultatene ble tastet inn og analysert i statistikkprogrammet NSD stat versjon Pro 1.1.

Resultater

Utfylte spørreskjema ble returnert av 145 av i alt 241 mulige studenter (svarprosent 60). Ett skjema ble ekskludert fordi det omhandlet kveldsmøte på et hotell. Undersøkelsen er basert på 144 spørreskjemaer motsvarende 144 legemiddelkonsulentbesøk i allmennpraksis.

Det typiske konsulentbesøket fant sted i lunsjpausen hvor konsulenten i 129 (90 %) av tilfellene bød på et enkelt måltid i form av baguetter, smørbrød, kake eller liknende. Vanligvis var medarbeiderne på legesenteret til stede, bare i 25 (19 %) tilfeller var møtet forbeholdt legene. Undersøkelsen omfattet representanter fra til sammen 26 ulike legemiddelfirmaer, og presentasjonene handlet om i alt 64 ulike medikamenter (tab 1). De medikamentgrupper som hyppigst ble omtalt var hjerte- og karmedikamenter (oftest angiotensin II-hemmere), som var tema for rundt hvert femte besøk, lungemedisiner (oftest

Hovedbudskap

- De fleste legemiddelkonsulentbesøk i allmennpraksis skjer som en gratis lunsj der alle ansatte på senteret deltar
- Utdeling av prøvepakninger og små gaver er vanlig ved slike besøk
- Firmarepresentantene utelater ofte vesentlig sikkerhetsinformasjon om de legemidlene som promottes

Ramme 1**Legestudenters registrering og vurdering av legemiddelkonsulentbesøk hos egen praksislærer i allmennpraksis – stikkord for spørreskjemaet**

- Hvem var til stede ved besøket?
- Navn på legemiddel og markedsførende firma.
- Kjent eller nyregistrert medikament?
- Ble godkjent preparatomtale delt ut?
- Uppfordret presentasjon av aktuelle bivirkninger, kontraindikasjoner, interaksjoner, eller forsiktighetsregler?
- Sterk oppfordring om å forskrive medikamentet eller aktiv utspørring av legene om antall aktuelle/potensielle brukere av legemidlet?
- Tilbød konsulentene matservering, dokumenter, brosjyrer, gratisprøver eller gaveartikler?
- Inviterte konsulentene legene til kveldsmøte, arrangement annet sted i landet eller til å bli med på en legemiddelutprøving?
- Samlet vurdering av det faglige innholdet som ble formidlet på skala 0–10, der 0 var «svært dårlig» mens 10 var «sædeles bra».

Tabell 1 Legemiddelkonsulentbesøk i allmennpraksis – omtalte medikamenter

Medikamentgruppe	Andel (%) av alle
Hjerte og kar	21
Lunge	18
Muskel og skjelett	10
Nervesystemet	9
Psykofarmaka	7
Gynekologi	7
Endokrin sykdom	6
Mage og tarm	4
Urinveier	4
Allergimidler	2
Andre ¹	12
Totalt (N = 144)	100

¹ Antibiotika, øye, dermatologiske preparater mv.**Tabell 2** Legemiddelkonsulentbesøk i allmennpraksis. Antall (%) av presenterte bivirkninger, interaksjoner, kontraindikasjoner eller forsiktighetsregler

Tema	Omtalt		Ufullstendig omtale		Ikke omtalt	
	Antall	(%)	Antall	(%)	Antall	(%)
Bivirkninger	23	[16]	41	[29]	78	[55]
Interaksjoner	22	[16]	28	[20]	89	[64]
Kontraindikasjoner	27	[19]	28	[20]	85	[61]
Forsiktighetsregler	27	[20]	33	[24]	78	[56]

kombinasjonsinhalasjonsmidler), som var omtalt i hvert sjette møte, og muskel- og skjelettmidler (oftest coxiber), som var tema for omtrent hvert tiende konsulentbesøk (tab 1).

Av de 144 konsulentbesøkene, handlet 50 presentasjoner om et nyregistrert legemiddel, mens 82 av presentasjonene ble kategorisert som nye opplysninger eller påminnelse om kjent legemiddel. Så å si alle presentasjoner gjaldt patenterte originalpreparater. Legemiddelkonsulentene delte ikke uoppfordret ut felleskatalogtekst eller tilsvarende godkjent produktmonografi ved 99 (69 %) av presentasjonene. Bare unntaksvis (16–20 % av tilfellene) presenterte konsulentene aktuelle bivirkninger, interaksjoner, kontraindikasjoner eller forsiktighetsregler for det aktuelle legemidlet (tab 2). 60 (43 %) av konsulentene spurte aktivt etter hvor mange pasienter knyttet til praksisen som allerede brukte eller kunne bli aktuelle brukere av det omtalte preparatet. Under 73 (47 %) av besøkene mente studenten at det ble gitt sterk oppfordring til legene om å forskrive nettopp dette midlet.

Konsulentene tilbød skriftlig materiell (artikler, brosjyrer mv.) ved de fleste besøkene, mens gratis legemiddelprøver ble tilbudt i underkant av halvparten av tilfellene (tab 3). Ellers ble det delt ut gaver (gjerne med firma- eller preparatlogo) og reklameartikler samt invitert til møter andre steder eller til deltakelse i legemiddelutprøvinger (tab 3).

Legestudentenes gjennomsnittlige poengskår for eget faglig utbytte av møtet var 4,2 (median 4,1) med 95 % konfidensintervall fra 3,9 til 4,5.

Diskusjon

Da studentene etter praksisperioden kom tilbake til fakultetet, dannet undersøkelsen utgangspunkt for undervisning om markedsføring av legemidler og om forholdet mellom farmasøytisk industri og leger. At rundt 40 % av studentene ikke returnerte utfylt spørreskjema, kan ha flere årsaker. Enten hadde de ikke overvært konsulentbesøk i løpet av praksisperioden, de kan ha glemt undersøkelsen, eller det kan ha vært andre årsaker til ikke å delta. Disse forholdene ble ikke undersøkt nærmere. Vi regner likevel med at denne undersøkelsen gir et godt bilde av legemiddelkonsulentbesøk i allmennpraksis.

Undersøkelsen avdekket at legemiddel-

konsulenter som hovedregel unnlater å nevne viktig sikkerhetsinformasjon om produktene de promoterer. Dette gjelder både bivirkninger, interaksjoner, kontraindikasjoner og forsiktighetsregler. Dette funnet samsvarer godt med en fransk undersøkelse der allmennleger fylte ut et spørreskjema tilsvarende vårt (10). Også denne undersøkelsen skjedde uten at firmarepresentantene var klar over registreringen. I tre av fire tilfeller unnlot de franske firmarepresentantene spontant å nevne aktuelle bivirkninger, kontraindikasjoner eller interaksjoner (10). Vår undersøkelse støtter opp om konklusjonen til Lexchin om at legemiddelkonsulenter ofte utelater viktig sikkerhetsinformasjon (2).

At gratispakninger av vedkommende legemiddel ble tilbudt ved vel to av fem konsulentbesøk, stemmer godt overens med en nylig publisert undersøkelse fra dansk allmennpraksis, der prøvepakninger ble tilbudt i 47 % av tilfellene (12). Foruten å representere en form for gave til legen, vil en prøvepakning til en pasient antakelig ha stor betydning også for pasientens fremtidige legemiddelbruk (13). At konsulentene i 44 % av tilfellene ga legene små reklameartikler og gav stemmer også godt med undersøkelsene fra Frankrike (10) og Danmark (12). Gaver har symbolverdi for lege-konsulentrelasjonen, men kan også bevirke at leger kan føle at de kommer i taknemlighetsskjuld til konsulenten og vedkommendes firma (14). Selv om gavene som regel er små og av liten økonomisk verdi, kan de ha stor påvirkningskraft (15).

At informantene i denne undersøkelsen var legesestuderter, kan tenkes å representere en begrensning. Mange studenter hadde trolig liten kjennskap til de preparatene det ble informert om, og dette kan i noen grad ha påvirket deres evne til å fange opp om sikkerhetsinformasjon ble gitt eller ikke. På den annen side kunne man ha forventet at studentene hadde verdsatt informasjonen høyere siden dette antakelig ganske ofte gjaldt midler de visste lite om på forhånd. Studentene vurderte likevel det faglige utbyttet av legemiddelkonsulentbesøket til å være av begrenset verdi og som under middels god undervisning. Generelt er legestuderter gjennom studiet lært opp til å ha en kritisk innstilling til undervisning. Det kan derfor tenkes at de er mer kritiske enn leger. Imidlertid samsvarer våre studenters vurderinger svært godt overens med tilsvarende gjort av franske allmennleger (10).

Vi har i denne studien ikke vurdert korrektheten av den informasjonen konsulentene ga legene. Ut fra denne og andre undersøkelser (2, 10) er det likevel grunn til å anbefale leger som mottar besøk av farmasøytiske representanter, å sammenholde firmainformasjonen med hva som finnes i produsentnøytrale og vitenskapelige kilder. Å lære seg selv opp til å evaluere legemiddelkonsulenters presentasjoner er også snakk om en faglig treningssak (16). Poenget er

Tabell 3 Legemiddelkonsulentbesøk (n = 144) i allmennpraksis – utdelt materiell og invitasjoner til legene

Utdelt/type invitasjon	Antall	(%)
Faglitteratur, skriftlig materiell	125	(87)
Gratisprøve av aktuelt middel	59	(41)
Gaveartikler ¹	63	(44)
Invitasjon til kveldsmøte	13	(9)
Invitasjon til arrangement annet sted i landet	4	(3)
Invitasjon til å delta i en legemiddelstudie	3	(2)

¹ Faglitteratur, munn-til-munn-maske, staseslange, penner, PC-støvfjerner, post-it-lapper, binders, kalendere, kaffesett, suppeposer, sjokolade, refleksvest, nøkkelring, kalkulator, isskraper, østehovel, leathersman-verktøy, vekkeklokke, skokrem, leppepomade, collegegenser, sjakkbrett, musikk-CD

å bli aktiv informasjonsbærer, ikke forbli passiv informasjonsmottaker. Alle leger har en lovpålagt plikt til å holde seg faglig oppdatert. I Norge er det etterlyst mer produsent-uavhengig legemiddelinformasjon fra forskningsinstitusjoner og helsemyndigheter (17, 18). Men det skal mye til for å danne en motvekt mot legemiddelindustriens markedsføring (19). I Norge bruker farmasøytisk industri årlig anslagsvis rundt en halv milliard kroner på markedsføring (20). Norske helsemyndigheter har varslet en systematisk

gjennomgang av mulige utdanningstiltak på legemiddelfeltet rettet mot leger (18). Prosjektet Kollegabasert terapiveiledning er et eksempel på utprøving av en ny modell for produsent-uavhengig etterutdanning om legemiddelterapi i allmennpraksis (21).

Litteratur

- Huseby T. Leger samarbeid med legemiddelkonsulenter – en spørreundersøkelse. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 2758–60.
- Lexchin J. What information do physicians receive from pharmaceutical representatives? Can Fam Physician 1997; 43: 941–5.
- Straand J, Myhr K. Legemiddelfirmauavhengighet. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 469.
- Aasland OG, Førde R. Leger holdninger og praksis i forhold til legemiddelindustrien. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2603–6.
- McCormick BB, Tomlinson G, Brill-Edwards P et al. Effects of restricting contact between pharmaceutical company representatives and internal medicine residents on posttraining attitudes and behavior. JAMA 2001; 286: 1994–9.
- McGettigan P, Golden J, Fryer J et al. Prescribers prefer people: the source of information used by doctors for prescribing suggest that the medium is more important than the message. Br J Clin Pharmacol 2001; 51: 184–9.
- Haayer F. Rational prescribing and sources of information. Soc Sci Med 1982; 16: 2017–23.
- Figuera A, Laporte JR. Failures of the therapeutic chain as a cause of drug ineffectiveness. BMJ 2003; 326: 895–6.
- Watkins C, Harvey I, Carthy P et al. Attitudes and behaviour of general practitioners and their prescribing costs: a national cross sectional survey. Qual Saf Health Care 2003; 12: 29–34.
- Prescrire international. Sales representatives. Rev Prescr 1999; 8: 86–9.
- Ziegler MG, Lew P, Singer BC. The accuracy of drug information from pharmaceutical sales representatives. JAMA 1995; 273: 1296–8.
- Schramm J, Andersen M, Vach K et al. Promotional methods used by representatives of drug companies: a prospective survey in general practice. Scand J Prim Health Care 2007; 25: 93–7.
- Andersen M, Kragstrup J, Søndergaard J. How conducting a clinical trial affects physicians' guideline adherence and drug preferences. JAMA 2006; 23: 2759–64.
- Morelli D, Koenigsberg MR. Sample medication dispensing in a residency practice. J Fam Pract 1992; 34: 42–8.
- Thomson AN, Craig BJ, Barham PM. Attitudes of general practitioners in New Zealand to pharmaceutical representatives. Br J Gen Pract 1994; 44: 220–3.
- Shaughnessy AF, Slawson DC, Bennett JH. Teaching information mastery: evaluating information provided by pharmaceutical representatives. Fam Med 1995; 27: 581–5.
- Kringlen E. Kan legemiddelindustrien ha en plass i oppfølging og informasjon til pasienten? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1862.
- St.meld. nr. 18 (2004–2005). Rett kurs mot riktige legemiddelbruk. Legemiddelpolitikken.
- Norris P, Herxheimer A, Lexchin J et al. Drug promotion. What we know, what we have yet to learn. Reviews of materials in the WHO/HAI database on drug promotion. Genève: World Health Organization and Health Action International, 2005.
- Forholdet mellom legene og legemiddelindustrien. Rapport fra Statens legemiddelverk 30.7. 2003. Oslo: Statens legemiddelverk, 2003.
- Straand J, Fetveit A, Rognstad S et al. A cluster-randomized educational intervention to reduce inappropriate prescription patterns for elderly patients in general practice - The Prescription Peer Academic Detailing (Rx-PAD) study [NCT00281450]. BMC Health Serv Res 2006; 6: 72.

Manuskriptet ble mottatt 27.6. 2007 og godkjent 12.12. 2007. Medisinsk redaktør Trine B. Haugen.