
Ett års skriftlig legemiddelinformasjon til en kommunelege

AKTUELT PROBLEM

PER OLE MOLAUG*

Røros legekantor
7374 Røros

OLAV SPIGSET

Email: olav.spigset@legemidler.no
RELIS Midt-Norge
Regionsykehuset i Trondheim
7006 Trondheim
* Nåværende adresse
Ålen legesenter
7380 Ålen
Avdeling for legemidler

Det er et generelt inntrykk at en svært stor del av informasjonen om legemidler til allmennpraktiserende leger kommer fra legemiddelindustrien. Omfanget har imidlertid ikke vært tallfestet. For å undersøke dette nærmere ble all skriftlig legemiddelinformasjon som en kommunelege mottok i løpet av 1999 registrert og systematisert.

Av i alt 5 669 sider med legemiddelinformasjon som ble mottatt, kom 5 115 sider (90,2 %) fra legemiddelindustrien. I gjennomsnitt ble det mottatt 12 sider reklame med informasjon om seks forskjellige preparater hver arbeidsdag. Studien bekrefter dermed at allmennpraktiserende leger daglig mottar store mengder legemiddelinformasjon og at den alt overveiende delen kommer fra legemiddelindustrien.

Allsidig kunnskap om legemidler er en forutsetning for å kunne bedrive rasjonell farmakoterapi. Siden det lanseres nye legemidler i stadig raskere takt, er det nødvendig å innhente betydelige mengder informasjon for å være oppdatert til enhver tid. Data fra utlandet tyder på at nesten all legemiddelinformasjon til leger kommer fra legemiddelindustrien (1), og inntrykket har vært at situasjonen er tilsvarende i Norge.

Det er ikke mulig å få sikre opplysninger om hvor store ressurser legemiddelindustrien bruker til markedsføring rettet mot norske leger. I Sverige er det anslått at det fra industriens side årlig blir brukt mellom 70 000 og 100 000 kroner per lege til markedsføring. Det er grunn til å tro at tallene er omtrent de samme i Norge, noe som totalt sett vil si i størrelsesorden 1 milliard kroner årlig. Til sammenlikning bruker Statens legemiddelkontroll rundt regnet 10 millioner kroner på informasjonsvirksomhet hvert år.

Annonser og brevreklame er den mest tradisjonelle form for markedsføring, og dette benyttes også i stor grad i markedsføringen av legemidler, fremfor alt når legemidlene er nye (2 – 4). En undersøkelse fra 1972 viser at norske leger den gang mente at skriftlig informasjon fra legemiddelfirmaene hadde relativt liten anvendelse som informasjonskilde i legemiddelspørsmål (5). I en del av legekårsundersøkelsen som ble gjennomført i 1993, mente bare 14 % av spurte allmennpraktikere at reklame og annen informasjon fra industrien var viktig for å holde seg oppdatert (6). Det finnes imidlertid data som tyder på at leger påvirkes av reklamen i større grad enn man tror (7 – 9), selv om det er vanskelig å vite hvor stor betydning skriftlig reklame har isolert sett. Uansett er det liten grunn til å tro at legemiddelindustrien skulle bruke så store ressurser på markedsføring hvis reklamen ikke hadde effekt.

Kvaliteten på legemiddelreklamen er blandet. I en norsk undersøkelse hadde 33 % av alle påstandene i annonsene et innhold som gjorde at man kunne sette spørsmålsteget ved om de var i overensstemmelse med reklameforskriftene for legemidler (10). I de fleste av disse tilfellene var påstandene enten uriktige, unøyaktige, ufullstendige eller uten klinisk relevans. Dette er på samme nivå som i utenlandske undersøkelser, der man har funnet mangler eller feil ved hver tredje til hver fjerde annonse eller annonseutsagn (11, 12).

Denne undersøkelsen ble gjennomført for å se hvor stort omfang den skriftlige legemiddelinformasjonen som gis til en kommunelege har, og hvor denne informasjonen kommer fra.

Materiale og metode

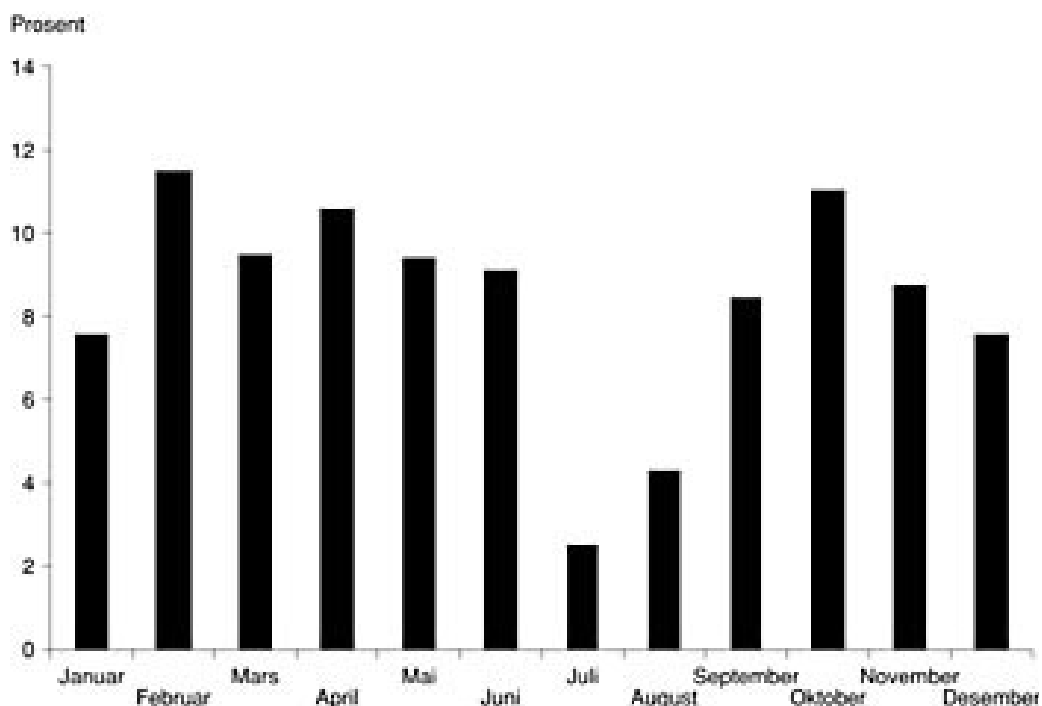
All skriftlig legemiddelinformasjon som ble mottatt fra 1. januar til 31. desember 1999 ble registrert og systematisert. Legemiddelinformasjonen ble definert enten som produsentbundet informasjon (reklame fra legemiddelindustrien) eller som produsentuavhengig informasjon (informasjon fra kilder som er uavhengige av legemiddelindustrien). Hva som er legemiddelreklame, er definert i forskrifter om reklame for legemidler (13). Etter at Statens legemiddelkontroll ikke lenger godkjenner preparatometalene i Felleskatalogen, men et langt mer omfattende produktresymé, defineres også preparatometalene i Felleskatalogen som produsentbundet informasjon og dermed reklame (14). Som produsentuavhengige kilder ble regnet Statens legemiddelkontroll, Helsetilsynet, Folkehelsa, Institutt for farmakoterapi og andre universitetsinstitusjoner, legemiddelkomiteer, samt regionalt legemiddelinformasjonssenter (RELIS). Norsk legemiddelhåndbok, som også ville vært definert som produsentuavhengig informasjon, kom ikke ut i 1999.

Antall sendinger, antall annonser og antall sider ble registrert. Antall sider ble avrundet til nærmeste halve side, med unntak av at annonser på under en halv side ble avrundet oppover til en halv side. Bare informasjon som ble passivt mottatt ble registrert. Informasjon tilsendt etter innsending av svarkuponger og utlagt informasjon på møter etc. er ikke tatt med i studien. Materiell utdelt av produktspecialister på besøk ble heller ikke inkludert, siden man selv styrte disse besøkene. Muntlig legemiddelinformasjon ble ikke registrert.

Salgsstatistikk for aktuelle preparater ble innhentet fra Norsk Medisinaldepot ASA. Korrelasjonen mellom antall annonser og endringen i salg fra første kvartal 1999 til første kvartal 2000 ble undersøkt med Spearmans rangkorrelasjonstest.

Resultater

Den produsentbundne legemiddelinformasjonen (Felleskatalogen unntatt) var på i alt 3 147 sider, fordelt på 1 493 annonser (tab 1). I gjennomsnitt tilsvarer denne informasjonsmengden 12 sider reklame og informasjon om seks forskjellige preparater hver arbeidsdag. Det var relativt stor forskjell på hvor mye reklame som ble mottatt fra måned til måned (fig 1). Mesteparten av informasjonen kom fra tilsendte brev/postkort og fra annonser i Tidsskriftet (tab 1). I tillegg utgjorde preparatomtalene i Felleskatalogen 1999 med tillegg 1 968 sider. Informasjonsbladet *Nytt om legemidler* fra Statens legemiddelkontroll inneholdt 529 sider. Legemiddelinformasjonen fra Folkehelsen var på i alt 25 sider, hovedsakelig om antibiotika og vaksiner. Alt i alt betyr dette at 5 115 av 5 669 sider (90,2 %) kom fra legemiddelindustrien.



Figur 1 Prosentvis fordeling av antall sider med legemiddelreklame mottatt måned for måned i 1999

Tabell 1

Skriftlig produsentbundet legemiddelinformasjon mottatt i løpet av 1999. Felleskatalogen (i alt 1 968 sider) er ikke inkludert

	Antall sendinger (%)		Antall annonser (%)		Antall sider (%)	
Brev/postkort ¹	428	(83)	465	(31)	1 633	(52)
Tidsskriftet	31	(6)	560	(38)	910	(29)
Dagens Medisin	21	(4)	191	(13)	235	(7)
Legemidler og samfunn	8	(2)	135	(9)	195	(6)
Annet ²	27	(5)	142	(10)	174	(6)
Sum	515	(100)	1 493	(101)	3 147	(100)
¹ Sendinger med utelukkende reklameinnhold ² Andre sendinger med legemiddelannonser som en del av innholdet						

De firmaene som oftest reklamerte for sine produkter presenteres i tabell 2, mens de enkeltpreparatene som oftest ble annonsert vises i tabell 3. I alt ble det identifisert annonser for 179 forskjellige legemidler. Av de 19 preparatene som det ble reklamert mest for (tab 3), var 13 (68 %) blitt godkjent i Norge i løpet av innsamlingsåret eller de to foregående år. Angiotensin II-reseptorantagonister, statiner og inhalasjonspreparater til bruk ved astma var de legemiddelgruppene som det oftest ble mottatt reklame for (tab 4).

Tabell 2

De legemiddelfirmaene som det ble mottatt mest reklame fra

Antall sider totalt	Antall annonser totalt	Antall annonser i Tidsskriftet	Antall brev
1. AstraZeneca 424 ¹	AstraZeneca 210 ¹	AstraZeneca 79 ¹	AstraZeneca 56 ¹
2. MSD 416	MSD 146	Pfizer 78	MSD 55 ¹
3. Pfizer 302	Pfizer 133	Weifa 63	Glaxo Wellcome 50
4. Glaxo Wellcome 241	Glaxo Wellcome 131	MSD 44	Pharmacia & Upjohn 23
5. NM Pharma 134	Weifa 75	Searle 35	Novartis 22
6. Lilly 107	Schering-Plough 48	Ferring 28	Pfizer 19
7. Weifa 104	Searle 48	Novo Nordisk 24	Schering-Plough 18

8. SmithKline Beecham 103	Novo Nordisk 47	Yamanouchi 23	Lilly 17
9. Novartis 102	Novartis 46	Glaxo Wellcome 21	Novo Nordisk 16
10. Organon 95	Rhône-Poulenc Rorer 45	SmithKline Beecham 31	Yamanouchi 15
• ¹ Astra og Zeneca fusjonerte til AstraZeneca 1.6. 1999. Antallet gjelder totalt for alle tre selskapene			

Tabell 3

De preparatene som det ble mottatt mest reklame for

Antall sider totalt	Antall annonser totalt	Antall annonser i Tidsskriftet	Antall brev
1. Cozaar 121	Lipitor 42	Norvasc 24	Cozaar 17
2. Lipitor 91	Cozaar 40	Lipitor 24	Detrusitol 17
3. Livial 89	Omnice 38	Omnice 23	Omnice 14
4. Seretide 89	Detrusitol 36	Ideos 21	Fontex 13
5. Fosamax 88	Norvasc 36	Activelle 16	Seretide 13
6. Zocor 80	Fosamax 34	Livial 16	Activelle 12
7. Lipobay 73	Seretide 33	Cozaar 13	Flutide 11
8. Detrusitol 70	Activelle 31	Zocor 12	Fosamax 11
9. Viagra 69	Oxis 30	Metformin 12	Diovan 8
10. Omnic 63	Ideos 30	Oxis 12	Zomig 8

Tabell 4

De 15 største legemiddelgruppene som det ble mottatt reklame for

Legemiddelgruppe	Antall annonser
1. Angiotensin II-reseptorantagonister	109
2. Statiner (HMG-koenzym-A-reduktasehemmere)	89
3. Betaagonister til oral inhalasjon	78 ¹
4. Glukokortikoider til oral inhalasjon	58 ²
5. Selektive serotoninreopptakshemmere	53
5. Triptaner (selektive 5-HT ₁ -reseptoragonister)	53
7. Glukokortikoider til nasal inhalasjon	52

8. Ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler	51
9. Antihistaminer	48
10. Kalsium	47
11. Karselektive kalsiumantagonister	45
12. Alfa-reseptorantagonister mot prostatahyperplasi	40
13. Bisfosfonater	34
14. Perorale antidiabetika	31
14. ACE-hemmere	31
¹ Inklusive 24 annonser for kombinasjonspreparater med glukokortikoider ² Inklusive 24 annonser for kombinasjonspreparater med betaagonister	

I tillegg til annonsene ble det mottatt 20 skriftlige henvendelser med forespørsel om å motta besøk av en produktspesialist og 26 invitasjoner til reiser.

Det var en signifikant positiv korrelasjon mellom antall annonser i løpet av 1999 og økningen i salget fra første kvartal 1999 til første kvartal 2000, både når økningen ble målt i kroner og øre ($r_s = 0,35$; $p < 0,001$) og når salgsøkningen ble målt i prosent ($r_s = 0,37$; $p < 0,001$).

Diskusjon

Denne undersøkelsen omfatter informasjonen til én enkelt kommunelege og gir derfor ikke nødvendigvis et representativt bilde av den generelle situasjonen i Norge.

Imidlertid finnes det andre studier som gjør at man i alle fall delvis og med en viss forsiktighet kan generalisere ut fra våre data. I en undersøkelse av informasjonen til en allmennpraktiserende lege i Oslo i seks uker i 1996 fant man at det i gjennomsnitt ble mottatt 2,8 postforsendelser med reklame daglig (4). Undersøkelsen ble foretatt i september/oktober, når det er høysesong for utsendelse av reklamemateriell (fig 1), og tallene stemmer derfor rimelig bra med våre. Den skriftlige informasjonen fra legemiddelindustrien er sannsynligvis i grove trekk lik til alle allmennpraktiserende leger. Dette er ikke overraskende, siden det er rimelig å anta at det stort sett benyttes sentrale adresseregistre over alle allmennpraktiserende leger til utsendelsen. En allmennpraktiker i Oslo ser derimot ut til å få langt flere invitasjoner til å delta på forelesninger, møter, symposier, reiser og liknende (mer enn 20 over en seksukersperiode) (4) enn en kommunelege på Røros. Dette kan gjenspeile at det tilbys flere slike aktiviteter til leger i storbyene enn til leger i periferien, noe som også er i overensstemmelse med vårt generelle inntrykk fra tidligere.

Vi har valgt en konservativ tilnærming i denne studien, i og med at det bare er informasjon som er mottatt uten noen aktiv innsats som er registrert. Ved aktivt å etterspørre ytterligere informasjonsmateriale kunne det totale sideantallet ha økt

betraktelig. Antall annonser kunne også vært større hvis vi hadde tatt med andre tidsskrifter som leses av allmennpraktikere, som for eksempel *Utposten*.

Det var overraskende lite dokumentasjon i form av vitenskapelige artikler eller annen objektiv informasjon som var vedlagt annonsene i postforsendelsene. I løpet av et helt år ble det bare registrert 19 sider med slik informasjon. Tendensen ser dermed ut til å være at firmaene ikke sender ut denne typen informasjon i særlig grad til alle, men at det heller sendes ut rekvisisjonsskjemaer der spesielt interesserte kan krysse av for å få tilsendt slik informasjon. Dette er en klar forskjell fra en tilsvarende undersøkelse som en svensk distriktslege gjennomførte i 1984 (1), der det ble mottatt betydelige mengder slik informasjon. Vår studie bekrefter ellers det som man har sett i tidligere undersøkelser (2, 3), at det i stor utstrekning er de nyeste preparater som markedsføres mest intensivt.

Vi fant en statistisk signifikant positiv korrelasjon mellom antall annonser i 1999 og salgsøkning fra første kvartal 1999 til første kvartal 2000. Det er imidlertid en lang rekke andre faktorer enn den skriftlige annonseringen som kan påvirke salget av et legemiddel, slik som annen informasjon fra legemiddelindustrien og fra andre kilder, lansering av konkurrerende preparater innenfor samme gruppe, endringer i indikasjonområdet og endringer i pris. Det er derfor nødvendig med ytterligere studier for å avklare hvorvidt det kan være en kausal sammenheng mellom intensiv annonsering og økning i salget.

Det finnes en rekke undersøkelser som viser at den medisinske informasjonsverdien i legemiddelannonser er begrenset (3, 10 – 12). For å kunne nyttiggjøre seg den informasjonen som finnes i annonsene, må de derfor leses på en kritisk måte (2, 10). Det er relativt få leger som mener at skriftlig legemiddelinformasjon fra industrien er nyttig (5). Annen informasjon, som konsulentbesøk og kveldsarrangementer, vurderes som mer nyttig (15). Dette er i overensstemmelse med legemiddelindustriens egen vurdering av situasjonen. Likevel er det, sett fra industriens side, også viktig med skriftlig informasjon som en del av den totale markedsføringen av et preparat.

Nytt om legemidler fra Statens legemiddelkontroll gir mye og god informasjon. Det finnes imidlertid data som tyder på at effekten av denne typen informasjon alene ikke er særlig stor (7). I så fall er det bekymringsfullt, fordi Statens legemiddelkontroll, i motsetning til industrien, ikke har noen andre kanaler av betydning der man kan nå ut med sin informasjon.

Ideelt sett burde det vært langt bedre balanse mellom produsentbundet og produsentuavhengig legemiddelinformasjon enn tilfellet er i dag. Dette er ikke minst viktig på bakgrunn av den store økningen i de offentlige utgiftene til legemidler de siste årene, noe som i ikke ubetydelig grad skyldes en overgang fra bruk av gamle og billige legemidler til nye, dyrere legemidler som ikke nødvendigvis er mer effektive enn de gamle. For å motvirke denne ubalansen i styrkeforholdet mellom de forskjellige aktørene er det nødvendig med økt tilførsel av ressurser til produsentuavhengige informatører. Det er i denne sammenhengen også viktig at legemiddelkomiteenes rolle oppvurderes og formaliseres, og det bør overveies å innføre en generell ordning med legemiddelkomiteer også i kommunehelsetjenesten. Videre bør det tilbys undervisning og kurs i kritisk vurdering av legemiddelinformasjon i større grad enn i dag både for studenter og i legenes videre- og etterutdanning.

Vi takker Anita Romsdal for verdifull hjelp til registrering av data og Hege Salvesen Blix for fremskaffelse av salgsstatistikk.

LITTERATUR

1. Rosenberg P. Ett års informationsflöde om läkemedel till en vanlig distriktsläkare. *Läkartidningen* 1986; 83: 3662 – 3.
2. Herxheimer A, Lundborg CS, Westerholm B. Advertisements for medicines in leading medical journals in 18 countries: a 12-month survey of information content and standards. *Int J Health Sev* 1993; 23: 161 – 72.
3. Stålsby C, Westerholm B. Är läkemedelsannonserna informativa? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1987; 107: 1573 – 7.
4. Kristiansen IS. Legers interaksjoner med legemiddelindustrien. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 1228 – 33.
5. Jenssen PG, Lunde PKM. Legenes anvendelse og vurdering av legemiddelinformasjonen i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1972; 92: 407 – 14.
6. Nylenna M, Falkum E, Aasland OG. Keeping professionalism updated: preceived coping and CME profiles among physicians. *J Contin Educ Health Professions* 1996; 16: 241 – 9.
7. Avorn J, Chen M, Hartley R. Scientific versus commercial sources of influence on the prescription behavior of physicians. *Am Med J* 1982; 73: 4 – 8.
8. Krupka L, Vener A. Prescription drug advertising: trends and implications. *Sos Sci Med* 1985; 20: 191 – 7.
9. Walton H. Ad recognition and prescribing among physicians. *J Advert Res* 1980; 20, nr. 3: 39 – 48.
10. Spigset O. Kan man stole på legemiddelreklamen? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 4637 – 41.
11. Lexchin J, Holbrook A. Methodological quality and relevance of references in pharmaceutical advertisements in a Canadian medical journal. *Can Med Assoc J* 1994; 151: 47 – 54.
12. Wilkes MS, Doblin BH, Shapiro MF. Pharmaceutical advertisements in leading medical journals: experts' assessments. *Ann Intern Med* 1992; 116: 912 – 9.
13. www.slk.no/lover/reklame__forskrift.htm (15.10.2000).
14. Nilsen J. Hva er en preparatomtale? *Nytt om legemidler* 1999; 22: 208.
15. Husby T, Tertnes ÅD, Skuseth G. Legers kontakt med legemiddelindustrien. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1990; 110: 1237 – 9.

Publisert: 20. februar 2001. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 19. juli 2026.