

Hans Liedholm, docent, överläkare, Universitetssjukhuset MAS, Malmö (hans.liedholm@smi.mas.lu.se)

Agneta Björck Linné, med dr, leg apotekare, Universitetssjukhuset MAS, Malmö (Agneta.Bjork-Linne@smi.mas.lu.se)

Läkemedelsinformationen måste granskas kritiskt

Industrins enda önskade sluteffekt: Receptet från doktorn till patienten

|| *»It is not that companies are not to be trusted to tell the truth, rather I believe that they should not be put into a situation where the question even arises«* (Philip Brown, Scrip 1997) [1].

När entusiasm övergår i skepsis

Uppgifter om nya kunskaper i den medicinska världen rapporteras snabbt. I en bok om informationsöverflödet beskrevs redan för drygt 20 år sedan att antalet publicerade biomedicinska artiklar uppskattades till mer än två miljoner per år, dvs ca 5 500 per dag [2]. Om man hade höga ambitioner och läste två artiklar per dag skulle man efter ett år ligga 55 sekler efter.

Behovet av mer plats för information avspeglas i att antalet nystartade tidskrifter ständigt ökar. Att därför kunna läsa korta notiser om medicinska framsteg skapar en god känsla av att man är »uppdaterad«. Sådan kunskap i lättsmält form erbjuds i både fack- och lekmanpress. De budskap som framförs av läkemedelsindustrin i dess marknadsföring framställs också i lättsmält form. Om man lärt sig använda arbetsredskapen för systematisk litteraturgranskning från evidensbaserad medicin (EBM) finner man snart att entusiasmen övergår till skepsis.

Så kan företag presentera ett läkemedel

Här följer ett konstruerat exempel på ett informationstillfälle från företaget F, som ger en traditionell information. Det handlar om läkemedlet X vid sjukdomen S, som marknadsförs under mottot »X har inga systemeffekter« och »X är bra vid S för att det inte tas upp i systemet«. Läkare i primärvård och på sjukhus inbjuds till en informationsträff med F för att diskutera X, »ett nytt preparat för dina patienter med S«. Mötet är förlagt till en restaurang i staden.

Vid mötet talar en organspecialist om S och utredning vid S, diskuterar symptomatisk behandling och steroidernas roll i den moderna behandlingen av S. En annan specialist ger en bra översikt över steroidernas roll i den lokala inflammatoriska processen och ger endokrinologiska synpunkter på allmänna effekter av steroider, både under uppväxten och hos vuxna. F presenterar kort preparatet och dess farmakokinetik,

SAMMANFATTAT

Syftet med läkemedelsindustrins information om enskilda preparat är att öka försäljningen.

Budskapen är korta, lätta att förstå och komma ihåg. Samma budskap upprepas i läkemedelsreklamen.

Inramningen är trevlig, men uppgifterna är ofta ofullständiga och dokumentationens evidensgrad redovisas ej.

Syftet med producentobunden läkemedelsinformation är att skapa uppmärksamhet genom vetenskapliga argument som kan modifiera användningen av ett preparat.

Informationen kommer från trovärdiga och oberoende källor men kräver lång tid.

Budskapen kan vara svåra att ta till sig och kan uppfattas som tråkiga. Glamorös inramning saknas.

Råd till läkare inför informationsträffar:
Förbered informationstillfällena, träna att analysera argumenten och genomskåda knepen.

Det finns många alternativa, obundna, informationskällor både nationellt och internationellt.

Evidensbaserad medicin

II Fakta 1

Kvalitetsgradering av evidensnivå

I ordningsföljd efter tyngd:

Minst en systematisk översikt omfattande alla relevanta, randomiserade, kontrollerade studier.

Minst en välde signerad, randomiserad, kontrollerad studie.

Välde signerade, pseudo-randomiserade, kontrollerade studier (»varannan patient«-allokering eller annan metod).

Jämförande studier med samtidiga kontroller utan randomisering (kohortstudier), fall-kontrollstudier eller studier av en enskild grupp med mätningar före-efter under viss tid utan en parallell kontrollgrupp.

Utfallsstudier, »outcome research«.

Jämförande studier med historiska kontroller.

Fallsstudier.

Expertsynpunkter utan kritiska analyser, synpunkter baserade på fysiologi.

Inom varje evidensnivå finns exempel på både stark och svag kvalitet, vilket man måste ta stor hänsyn till vid bedömningen av kunskapsnivån.

varefter den livskvalitetsökande effekten av lokal behandling med X presenteras. F upprepar att X är lätt att ta, X saknar vidare systemeffekter. Eftersom X inte tas upp finns inga interaktioner att ta hänsyn till. Biverkningarna är i placebonivå.

En frågestund följer efter föredragen, varvid man får tillfälle att ställa relevanta frågor. Efteråt kan man beställa informationsmaterial, vari ingår en serie diabilder om S och den lokala inflammatoriska processen. Mötet avslutas med en enkel måltid.

II Två olika sätt att behandla information

Nedan följer en kort beskrivning av två principiellt olika sätt att presentera läkemedelsinformation. Båda är angelägna om att väcka uppmärksamhet i informationsflödet, det ena av kommersiella skäl, det andra av mer vetenskapliga skäl. Som bakgrund till informationen kan man tänka sig en översikt som diskuterar renin-angiotensin-aldosteronsystemets enzymer, receptorer och hemodynamik. Genom denna genomgång kan substanser som reninhämmare, betablockerare, sympatikushämmare, ACE-hämmare, angiotensin-1-receptorantagonister, aldosteronantagonister och diuretika belysas i presentationen. I ett annat exempel kan man tänka sig verkningmekanismer, farmakokinetik, MIC-värden, »minimal inhibitory concentration«, och antibiotikas resistensmönster.

Tillverkarens information

Syftet är att ge intresseväckande information som kan ge ökad försäljning av preparatet, eventuellt på konkurrenters bekostnad eller äldre preparats bekostnad (företaget kan ha flera preparat).

Metod. Läkemedlets namn omnämns flera gånger under presentationen och en del av dess egenskaper presenteras. Innehållet styrs av den USP, »unique selling point«, som är viktigt för produktens image på marknaden.

Exempel på olika uttryck som kan representera en USP är: *effektivare hypertoni behandling; effektiv smärtlindring; effektivt – även på lång sikt; ny möjlighet till effektiv smärtlindring; den mest selektiva; enda specifika; elimineras på mer än ett sätt; mindre biverkningar; styrka, varsamhet, enkelhet; en helt ny typ; i särklass mest använda; den goda smaken; patientvänligt; pålitligheten själv; bryter den onda cirkeln; använd kraften från; håller patienten fri, etc, etc.*

Presentationens innehåll. Vissa basfakta presenteras, selekterade uppgifter om farmakodynamik och farmakokinetik beskrivs om de passar i presentationen.

Beskrivning av effekter/egenskaper hämtas i tidigt skede ofta från okontrollerbart material, t ex från ett »abstract«, eller opublicerat material, t ex »data-on-file«.

Upplysningar om kostnader ges, plus eventuell hälsoekonomisk bedömning eller diskussion. Andra uppgifter som presenteras kan avse förpackningen – prisbelönt, »greppvänlig« – vad kända kliniker tycker om preparatet, hur försäljningen går, hur preparatet står sig i konkurrensen etc. Huruvida läkemedlet finns på rekommendationslistan diskuteras. Om så är fallet visar det att beslutande kolleger förstås är kloka.

Emellertid skall man vara medveten om att preparatet i fråga kan vara med på listan av andra skäl än vad som nu presenteras! Om preparatet inte finns med på listan ställs frågor till åhörarna varför, vilket kan väcka diffusa skuld-känslor.

Hjälptill en övertygande presentation. Inhyrda föreläsare förbereder området genom att berätta om vissa förutsättningar för sjukdomen/tillståndet och terapin. Föreläsarens egen uppfattning om terapin exponeras och utnyttjas vid dagens ämne, han/hon är en sk missionär.

För- och nackdelar i företagens presentation. Bland fördelarna märks att presentationen tar relativt kort tid i anspråk. Budskapen är korta och därmed lätta att förstå och komma ihåg. Samma budskap upprepas i läkemedelsreklamen. Se USP-arna! Frågor från auditoriet uppmuntras. Inramningen är ofta trevlig.

En nackdel är att uppgifterna ofta är ofullständiga. Den refererade dokumentationens evidensgrad diskuteras ej. Svårigheter föreligger för mottagaren att kontrollera uppgifterna i framställningen och att vara tillräckligt observant och vetenskaplig för att bedöma presentationen. Det kan också vara svårt att förstå uppgifter om farmakologi och farmakokinetik och att se den kliniska betydelsen.

Vissa frågor från auditoriet kan uppfattas som »störande« eller »oartiga« av kolleger, särskilt om de tas upp då fördelar erbjuds åhörarna i form av mat, intresseväckande informationsmaterial, gåvor.

II Information med vetenskapliga argument

Syftet är att med vetenskapliga argument skapa uppmärksamhet som ger en fördelaktig position i kampen mot industrins argument och som därför kan modifiera (öka/minska) användningen av preparatet.

Metod. En systematisk översikt av den publicerade litteraturen presenteras (t ex »det finns bara två publicerade studier«), om möjligt också data från EBM-källor (Statens beredning för medicinsk utvärdering SBU, SBU-Alert, Evidence Based

II Fakta 2

Några nyttiga hemsidor

POEM: <http://www.infopeoms.com>
Läkemedelsverket: www.mpa.se
SBU och SBU-Alert: www.sbu.se och <http://alert.sbu.se>
Läkemedelskommittén
i Sydvästra Skånes sjukvårdsdistrikt: www.lmk.lu.se
Prescrire: www.esculape.com/prescrire
Therapeutics Initiative: www.ti.ubc.ca
Pharma-kritik: www.infomed.org/pharma-kritik-e
Healthy Scepticism:
www.camtech.net.au/malam/NZ/healthy.htm
MaLAM: www.camtech.net.au/malam
Australian Prescriber: www.australianprescriber.com
Public Citizen Health Research Group: www.citizen.org
Drug and Therapeutics Bulletin:
www.which.net/health/dtb/main.html
BUKO: www.epo.de/bukopharma
Health Action International (HAI): www.haiweb.org
WHO Essential Drugs Monitor:
www.who.int/medicines/monitor/edmonitor.html

Medicine, Cochrane Library, Clinical Evidence, Best Evidence, Bandolier) och dess relevans.

Presentationens innehåll. All dokumentation presenteras, varje studie för sig och med all väsentlig information från respektive studie, i ett försök att skapa insikt i att olika studier kan visa olika effekter och bieffekter. Dokumentationens styrka beskrivs.

En beräkning av NNT, »number needed to treat«, NNH, »number needed to harm«, och deras konfidensintervall ges.

Jämförelser med kända behandlingar (standardbehandlingen) i jämförande studier redovisas, liksom biverkningar från enskilda studier och sammanställningar från myndigheter.

Kostnader, eventuellt relaterade till NNH/NNT, redovisas. Bristen på hälsoekonomiska analyser påpekas.

Huruvida läkemedlet finns på rekommendationslistan diskuteras, liksom motiven för närvaro eller frånvaro på denna.

Hjälp till en övertygande presentation. Inhyrda föreläsare ger en bakgrund genom att berätta om vissa förutsättningar för sjukdomen/ tillståndet och för terapin. Föreläsarnas egna uppfattningar exponeras mindre.

För- och nackdelar i den vetenskapliga presentationen. En fördel är att budskapen kommer från trovärdiga och oberoende källor. Frågor från auditoriet uppmuntras. Farmakologi och farmakokinetik förklaras i relation till relevant patofysiologi och praxis. Innehållet motsvarar ofta det som i England kallas för POEM, »Patient-Oriented Evidence that Matters«, avsedda för allmänmedicinare.

En nackdel är att presentationen tar relativt lång tid i anspråk. Budskapen kan vara svåra att ta till sig, och de kan uppfattas som tråkiga. Glamorös inramning saknas. Svårigheter föreligger för mottagaren att kontrollera uppgifterna och att vara tillräckligt observant och vetenskaplig för att bedöma

presentationen. Möjlighet till upprepning saknas ofta (jämför reklamens möjligheter härvidlag).

II Skillnader mellan de två informationskällorna

Den stora skillnaden mellan produktorienterad och producentobunden information är den vetenskapliga behandlingen. Å ena sidan ser vi en blandning av uppgifter som väljs selektivt, källornas evidensgrad är oredovisad och vitala delar i effektbedömningen saknas. Å den andra sidan finns en metodisk, källkritisk, striktare vetenskaplig analys. Som bäst kan dock företagets information vara nästan lika tydlig som EBM-framställningen när det gäller preparat som funnits en längre tid på marknaden och där det finns god kunskap om det medicinska behovet och sammanhanget för preparatets användning är bestämd av den medicinska professionen.

Förutsättningarna för nya preparat inbjuder däremot ofta till obalans i informationen. Vad kan t ex innehållet bestå av när ett nyregistrerat »me too«-preparat, dvs ett närbesläktat preparat, skall marknadsföras och där väldefinierade medicinska händelser, »hard endpoints«, saknas för terapin?

Källkritik och kvalitetsgradering

Kunskapsnivån om en terapi bygger på omfattningen av och kvaliteten på tillgängliga informationskällor (referenser). Stor vikt måste därvid läggas vid den evidensgrad som använda referenser har. För den ovane är kunskap om bedömningen av evidensgrad till stor nytta för en första överblick över kunskapsläget.

Evidens kan således graderas, och det urval för kvalitetsgradering av evidensnivå som redovisas i Fakta 1 är en blandning av praxis vid NHMRC (National Health and Medical Research Council) i Australien och NHS (National Health Service) i England. Flera likartade indelningar existerar. Graderingen enligt NHS i England beskrevs nyligen (oktober 2000) i Information från Läkemedelsverket, där den användes i diskussionen om handläggning av RSV-infektioner.

Se också Mona Brittons medicinska kommentar i Läkartidningen 40/00 om gradering av vetenskapliga studiers betygsvärde.

Publikationsformen

Förutom gradering av evidens måste även bäraren, publikationsformen, värderas.

Tidskrifter som använder sig av *oberoende referenter* för granskning av insända manus har störst vetenskaplig trovärdighet, liksom de artiklar som publiceras däri. Detta är förvisso ingen självklar vetenskaplig garanti.

En del tidskrifter säljer *supplement*, som organisationer och företag kan köpa och förfoga över. Supplementens omfattning kan därför variera stort. Supplementet använder sig av tidskriftens »kostym« – ser alltså likadant ut – men den vanliga redaktionen ansvarar inte för innehållet. Det har en egen gästredaktör, oftast en känd medicinare i ämnesområdet. De artiklar som publiceras kan ges det utrymme som det köpande företaget önskar. Oberoende referentbedömning saknas. Läkemedelsföretag köper ofta supplement för att publicera artiklar om produkter som diskuterats vid företagsordnade symposier. Fördelen för företaget är att artiklar då kan publiceras långt tidigare än i vanliga fall, liksom att svårpublicerat material kan tas in.

Längre ner på skalan hamnar artiklar i de mer eller mindre *tillfälliga tidskrifter eller trycksaker* som läkemedelsföretagen (eller PR-företag) ger ut, framför allt vid kongressstillfällen och vid lansering av nya läkemedel. Om man ser på dem okri-

tiskt kan de tyckas innehålla värdefulla översikter i ämnet och beskrivningar av företagets produkt i fråga.

Längst ner hamnar referenser som endast presenteras i form av sammanfattningar, »abstracts«, en undermålig presentationsform. Det är inte ovanligt att kända tidskrifter publicerar abstractsamlingar som supplement eller delar av tidskriftsnummer inför olika vetenskapliga kongresser. Detta skall bara ses som en betald service åt kongresserna.

»Data on file« är ett namn på en samling av data som ofta inte är färdigbearbetade i manusform i läkemedelsföretagets arkiv, eller som inte kommer att få någon meningsfull plats som full publikation.

Läkemedelsinformation en del av industrins marknadsföring

Det behöver kanske inte påpekas att de typer av läkemedelsinformation vi beskrivit bara är en liten del av ett komplicerat nät av påverkansmetoder med en önskad sluteffekt: receptet från doktorn till patienten. För läkemedelsindustrin är marknadsföring således ett mycket vidare område än läkemedelsinformation och läkemedelsreklam.

En rad publikationer har granskat problemen med felaktigheter i denna läkemedelsinformation – från ren oärlighet till lindrigare ofullständigheter i presentationerna och kampanjerna [3-16]. I och med att flertalet tillgängliga artiklar inte uppfyller strikta kvalitetskrav, och att man kan förvänta sig en betydande »publication bias« i frågan, är det svårt att få en rättvisande och balanserad bild av problemställningen.

Samstämmigheten är dock stor, och det finns några systematiska genomgångar. Nyligen publicerades en genomgång av studier avseende samspelet mellan läkare och läkemedelsindustrin [16]. Totalt hade man identifierat 538 studier som berörde »conflict of interest« och »drug industry«. Av dessa var 29 studier publicerade i referentbedömda tidskrifter och ingick i den aktuella genomgången. I de publicerade studierna hade man mätt effekter av mötet mellan läkare och industri, som bl a inkluderade gåvor, luncher, konferenser, sponsrade utbildningsaktiviteter etc. Det framgick att läkarna var skeptiska till industrins motiv, representantens kompetens, sponsrade utbildningsaktiviteter och konferenser. De saknade däremot en skeptisk hållning till betydelsen av måltider och gåvor.

Genomgången visade att samröret med industrin bl a ledde till en oförmåga att identifiera felaktiga påståenden om medicineringen, gav en ökad medvetenhet om nya preparat, underlättade en snabb introduktion av dessa och ledde till en mindre rationell förskrivning. Det framgick emellertid samtidigt att förmågan att identifiera rätt behandling vid komplicerade sjukdomstillstånd förbättrades. I ingen av studierna hade man uppmärksammat patienternas uppfattning om den erhållna behandlingen.

Det finns ganska samstämmiga uppgifter om att läkemedelsindustrins marknadsföring har avsevärda effekter på läkarnas förskrivning, ofta utan att dessa känner sig påverkade [17-27].

Alternativa informationskällor

Vilka alternativ finns till den producentbundna informationen och vart kan man vända sig? Mycket information kan man hitta hos Läkemedelsverket och SBU. På Läkemedelsverkets hemsida finns monografier om nyregistrerade läkemedel. Omfattningen av informationen från SBU och SBU-Alert är mycket varierande: från genomgång av all publicerad och opublicerad evidens om ett terapiområde ner till enskilda läkemedel.

En del lokala läkemedelskommittéer publicerar också värderingar om läkemedel. De lokala publikationerna fyller en viktig funktion i kontakten med den lokala sjukvården.

Några nyttiga hemsidor förtecknas i Fakta 2.

Tyvärr har bara några få producentbundna alternativ till information om läkemedel, inklusive deras effekter, beskrivits i litteraturen [28-31]. Ett av projekten har många år på nacken och håller nu sin femtonde seminarierie i södra Sverige [31].

Internationellt finns flera oberoende granskare av läkemedelsföretagens marknadsföringsaktiviteter. Namnkunniga är franska Prescrire, kanadensiska Therapeutics Initiative, schweiziska Pharma-kritik, nyzeeländska Healthy Scepticism och de australiska MaLAM (Medical Lobby for Appropriate Marketing) och Australian Prescriber. Flera småpublikationer utges av intressegrupper, av vilka en del är medlemmar i en förening för läkemedelsinformation, International Society of Drug Bulletins (ISDB).

Två internationella konsumentorganisationer, Public Citizen Health Research Group (USA) och Drug and Therapeutics Bulletin (England), publicerar information om och synpunkter på läkemedel. Några sammanslutningar tar sikte på användning och marknadsföring av läkemedel i utvecklingsländerna, bl a tyska BUKO, internationella HAI (Health Action International) och WHO's Essential Drugs Monitor.

II Hur värdera en presentation?

Vilka praktiska råd kan man ha nytta av för att rätt kunna värdera en presentation av t ex läkemedlet X? I litteraturen finns olika råd till förskrivare avseende den producentbundna informationen [32-42]. För den som vill fördjupa sig i fler frågor hänvisas till SBUs informationsskrift Vetenskap & praxis nr 3-4/2000. Nedan följer en lista över praktiska frågor:

Förbered dig. Läs på i förväg, läs Läkemedelsverkets information om det nya läkemedlet före konsultbesöket. Besök Läkemedelsverkets hemsida på Internet. Om man där säger att preparatet »tillför inget nytt« kan tiden för just det konsultbesöket kanske ägnas åt något annat.

Granska budskapet. Identifiera den USP som läkemedlet säljs med! Många USP går igen i all marknadsföring av läkemedlet, även internationellt. Kontrollera eller fundera på vad påståendena betyder.

Effekter. Ett nytt läkemedel måste jämföras med tidigare terapi. Är det gjort? Vad jämför man med? Vilka jämförelser saknas? Vilka doser och vilka behandlingstider rör det sig om? Är studien relevant för dina patienter?

Nöj dig inte med gruppdata, fråga efter individdata och spridning mellan individerna. En sådan uppgift ger en uppfattning om hur enskilda patienter svarar på behandlingen.

Farmakodynamik. Vad betyder t ex »mest selektiv«, »mest potent«? Läkemedel inom en viss grupp kan ha likartad effekt trots stora skillnader i farmakodynamik på receptornivå. Jämför olika antidepressiva läkemedel; trots varierande farmakodynamisk profil ernås praktiskt taget samma effekt! Se därför på den kliniska effekten – betyder den framhållna farmakodynamiska egenskapen verkligen något för behandlingsresultatet?

Surrogatvariabel. Gäller den påstådda effekten en surrogatvariabel, dvs en effektvariabel som inte är direkt förknippad

med den verkligt åsyftade meningen med terapin? Exempel på surrogatvariabler är blodtryckssänkning av angiotensin-1-receptorantagonister, bentätthet av osteoporosmedel, viktminskning av lipashämmare, ACE-hämmares inverkan på arbetsförmåga på testcykel, kolesterolsänkning av statiner, m m.

Farmakokinetik. Vad betyder t ex påståendet att biotillgängligheten är 56 procent i motsats till konkurrentens 14 procent? Vad betyder »pro-drug«/inte »pro-drug«, lång eller kort halveringstid, renal eller hepatisk utsöndring? Farmakokinetiska egenskaper som framhålls har ofta ingen relevans för bedömningen av kliniska studier. Låg biotillgänglighet kompenseras t ex med högre dos. Variationerna mellan individerna är viktiga. Fråga efter dem! Se på den kliniska effekten!

Numeriska data. Se upp med procentangivelser. Fråga efter absoluta tal. Nöj dig inte med uppgifter om relativ risk och relativ riskreduktion, fråga efter absolut riskreduktion. Fråga efter NNT och konfidensintervallet.

Antal patienter. Finns det angivet från början hur många individer man planerade måste genomföra studien för att en viss effektskillnad skulle kunna påvisas? Denna uppgift saknas ofta.

Statistik. Du måste inte kunna bemästra medicinsk statistik, men öka din insikt i statistiska metoder, medicinska artiklar innehåller ofta fel [43]. Fråga efter studiens primära effektvariabel, dvs studiens främsta frågeställning. Ej normalfördelade data (exempelvis skattningsskalor) presenteras ofta felaktigt med s k parametrisk metodik (aritmetiskt medelvärde, standarddeviation, Students t-test, m m). Ett mycket vanligt fel är att man inte korrigerar för många statistiska jämförelser, vilket ökar risken för slumpsignifikanser. Kontrollera om man tagit hänsyn till detta! En undersökning som kommer fram till att det inte var någon statistisk skillnad mellan två preparat, styrkor etc, har inte visat att medlen/styrkorna är lika; studien kan bara hävda att någon skillnad ej gick att påvisa.

Biverkningar. Fundera på vad »biverkningar i placebonivå« står för. Det kan inte finnas så många biverkningar redovisade för ett nytt läkemedel; sällsynta biverkningar upptäcks långt efter lanseringen. Om antalet exponerade personer ännu är litet, och om inget allvarligt hänt, hur sannolikt är det att det ändå kan hända? Hur lång är den kliniska uppföljningstiden?

Bilder/grafar. En bild säger mer än tusen ord, men vad föreställer den egentligen? Se upp med avskurna axlar. Finns det korrekta statistiska spridningsmått som visar graden av variation i materialet? SEM, »standard error of the mean«, som bara visar precisionen i det uppskattade populationsmedelvärdet (!) och »förbättrar« bilden genom att ge mindre staplar, missbrukas ofta i grafer.

I stället skall ett mått på materialets spridning användas, exempelvis standarddeviation, percentiler, konfidensintervall. Finns signifikansangivelser i grafen? Gällande reklamregler slår fast att sådana måste finnas när jämförelser görs mellan data, således även uppgift om att signifikans saknas.

Docent Y/klinik Y använder det. Detta är ett vanligt knep. »Doc Y använder detta, han tycker att det är ett värdefullt alternativ!« Om representanten hänvisar till någon för dig känd

person, bli inte imponerad. Kontakta hellre vederbörande och ta reda på vad kollegan verkligen tycker!

Vi har flera studier. Acceptera inte andra referenser än de som kommer från referentbedömda tidskrifter. Var mycket skeptisk mot »data on file«, abstracts och artiklar i supplement till kända tidskrifter; någon utomstående granskning har inte skett av dessa. Studier som är »på gång« är inga argument för användning av medlet.

Prova själv. Detta är ett gammalt knep! Det kan inte ersätta de mer objektiva argumenten för eller emot preparatet. Vad vet du egentligen om läkemedlet efter att ha provat det på en, två eller fem patienter?

Enormt informationsflöde

Informationsflödet är enormt stort, och det är svårt att värja sig mot den selekterade informationen från läkemedelsindustrin, trots att man inser påverkanskrafterna. Utnyttja industrins informationstillfällen på ett mer kritiskt och konstruktivt sätt. Ställ också krav på sjukvårdshuvudmännen om producentobunden information. Byt ut några tillfällen av den vanliga läkemedelsinformationen mot den producentobundna, men ställ samma krav på innehållet. Lämna tid efter varje informationstillfälle för en intern diskussion.

Alla kan tjäna på en mer vetenskapligt baserad läkemedelsdiskussion.

Referenser

1. Silverman M. The epidemiology of drug promotion. *Int J Health Serv* 1977;7:157-66.
2. Bardelay D. French doctors report on sales representatives' visits. *Prescrire International* 1994;no 17:21.
3. Keng A, Coley RM. Evaluating the accuracy of citations in drug promotional brochures. *Ann Pharmacother* 1994;11:1231-5.
4. Ziegler MG, Lew P, Singer BC. The accuracy of drug information from pharmaceutical sales representatives. *JAMA* 1995; 273(16): 1296-8.
5. Lexchin J. What information do physicians receive from pharmaceutical representatives? *Can Fam Physician* 1997;43:941-5.
6. Hemminki E. Content analysis of drug-detailing by pharmaceutical representatives. *Med Educ* 1977;11(3):210-5.
7. Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? *JAMA* 2000;283(3):373-80.
8. Orłowski JP, Wateska L. The effects of pharmaceutical firm enticements on physician prescribing patterns. There's no such thing as a free lunch. *Chest* 1992;102(1):270-3.
9. Chren MM, Landefeld CS. Physicians' behavior and their interactions with drug companies. A controlled study of physicians who requested additions to a hospital drug formulary. *JAMA* 1994; 271(9):684-9.
10. Thomson AN, Craig BJ, Barham PM. Attitudes of general practitioners in New Zealand to pharmaceutical representatives. *Br J Gen Pract* 1994;44(382):220-3.
11. Caudill TS, Johnson MS, Rich EC, McKinney WP. Physicians, pharmaceutical sales representatives, and the cost of prescribing. *Arch Fam Med* 1996;5(4):201-6.
12. Griffith D. Reasons for not seeing drug representatives. *BMJ* 1999; 319(7202):69-70.
13. Berings D, Blondeel L, Habraken H. The effect of industry-independent drug information on the prescribing of benzodiazepines in general practice. *Eur J Clin Pharmacol* 1994;46(6):501-5.
14. Ekedahl A, Andersson SI, Hovelius B, Molstad S, Liedholm H, Melander A. Drug prescription attitudes and behaviour of general practitioners. Effects of a problem-oriented educational programme. *Eur J Clin Pharmacol* 1995;47(5):381-7.
15. Lexchin J. Doctors and detailers: therapeutic education or pharmaceutical promotion? *Int J Health Serv* 1989;19(4):663-79.
16. Promotional pitfalls. *Prescrire International* 1992;1:136.
17. Shaughnessy AF, Slawson DC, Bennett JH. Separating the wheat

- from the chaff: identifying fallacies in pharmaceutical promotion. *J Gen Intern Med* 1994;9(10):563-8.
39. Shaughnessy AF, Slawson DC, Bennett JH. Teaching information mastery: evaluating information provided by pharmaceutical representatives. *Fam Med* 1995;27(9):581-5.
41. Roughead EE, Harvey KJ, Gilbert AL. Commercial detailing techniques used by pharmaceutical representatives to influence prescribing. *Aust N Z J Med* 1998;28(3):306-10.
42. Day R. How to make the most of a visit from a pharmaceutical company representative. *Australian Prescriber* 2000;23(5):97-9.

I Läkartidningens elektroniska arkiv
<http://tarkiv.lakartidningen.se>
 är artikeln kompletterad med fullständig referenslista.

SUMMARY

Evidence-based drug information should be preferred

Hans Liedholm, Agneta Björck Linné

Läkartidningen 2001; 98: 1892-7

The purpose of drug information from the pharmaceutical industry is to increase sales. The message is often simplified, short, with emphasis on Unique Selling Points (USP). Information is often given in a pleasant environment, food is served, gifts handed out. The same information is repeated in advertising campaigns. However, the information is often incomplete and the level of evidence not discussed.

The purpose of producer independent information is to give scientific facts according to the principles practiced by evidence-based medicine. This information focuses on the level of evidence of published papers but is often more lengthy, may be difficult to understand and may even be regarded as boring.

There are, however, useful principles to apply when analysing the information given by the pharmaceutical industry on specific drugs. There are also several sources of independent drug information to turn to.

Correspondence: Hans Liedholm, Universitetssjukhuse MAS, SE-205 02 Malmö, Sweden
 (hans.liedholm@smi.mas.lu.se)

Särtryck

Läkartidningen

Vad är vetenskapsteori och vad kan medicinska forskare ha för nytta av sådan teori? Den biomedicinska forskningen vilar på en empirisk och positivistisk grund, men den kliniskt verksam läkaren ställs allt oftare inför alternativa utbildningar främst inom allmänmedicin, samhällsmedicin och psykiatri. I ett försök att orientera om den vetenskapsteoretiska diskussionen publicerade Läkartidningen under 1999 och våren 2000 elva artiklar om olika vetenskapsteoretiska resonemang. Dessa har samlats i ett häfte som kan beställas med kupongen nedan.

Priset är 85 kronor.



Vetenskapsteori

Varför hoppar grodan?

Beställer härmed.....ex
 av "Vetenskapsteori"

.....
 namn

.....
 adress

.....
 postnummer

.....
 postadress

Insändes till Läkartidningen
 Box 5603
 114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35

www.lakartidningen.se
 under särtryck, böcker