



Terve suhde lääketeollisuuteen?

Lääkärit ja lääketeollisuus ovat toistensa tärkeitä yhteistyökumppaneita uusien lääkkeiden kehittämisessä ja käyttöönotossa. Yleensä yhteistyö on asiallista, ja parhaassa tapauksessa lääkkeet parantavat selvästi potilaiden elämänlaatua ja samalla tuottavat ansaittua voittoa tuotekehityksestä vastanneelle yritykselle.

Aina potilaan ja teollisuuden paras eivät kuitenkaan kohtaa. Osa julkaistuista tutkimuksista on harhaanjohtavia, kaikki lääkkeet eivät lunasta lupauksiaan näyttävästä markkinoinnista huolimatta ja eturistiriidat saattavat asettaa lääkärikunnan uskottavuuden kyseenalaiseksi. Lääkeinformaation tulkinta vaatiiikin kriittisyyttä.



“Mainonta ei vaikuta minuun”

Lääketeollisuuden edustajat ovat tiiviissä yhteydessä lääkäreihin edistääkseen tuotteidensa myyntiä. Yritykset voivat tarjota lääkenäytteitä ja aterioita, järjestää ammatillista koulutusta sekä maksaa matkakuluja ulkomailla järjestettäviin kongresseihin. Lääke-esittelijät luovat suhteita myös tuleviin lääkäreihin opiskeluvaiheessa.

Selvitykset ovat osoittaneet lääkemarkkinoinnin olevan hyvin tehokasta. Eräs suuri lääkeyritys arvioi, että lääkäreille järjestettävät koulutustilaisuudet maksavat itsensä takaisin 2–4-kertaisesti kasvaneen myynnin ansiosta.¹ Toisessa tutkimuksessa lääkeyrityksen kustantaman matkan todettiin kolminkertaistavan matkalla mainostettujen lääkkeiden määräämisen.²

Mainonnalle altistuneiden lääkäreiden on havaittu kirjoittavan reseptejä useammin hoitosuositusten vastaisesti ja valitsevan herkemmin kalliimpia lääkkeitä kuin kollegansa.³ Yhdysvaltojen eri yliopistoja verrannut tutkimus havaitsi, että nuoret lääkärit kirjoittivat työssään uusia, runsaasti mainostettuja lääkkeitä enemmän, jos heidän tiedekuntansa oli sallinut lääkemarkkinoinnin opiskelijoille.⁴ Mitättömiltäkin tuntuvien lahjojen – kuten logolla varustettujen kynien ja lehtiöiden – on havaittu vaikuttavan lääketieteen opiskelijoiden asenteisiin.⁵

Ironista kyllä, enemmistö lääkäreistä ja opiskeilijoista arvioi, ettei markkinointi vaikuta heidän lääkevalintoihinsa. Suurin osa kyselytutkimuksiin vastanneista arveli kuitenkin kollegoidensa olevan mainonnalle itseään alttiimpia!^{6 7}

Uusi lääke parempi kuin vanha?

On arvioitu, että vain 4 % vuosina 1996–2006 myyntiluvan saaneista lääkkeistä edusti merkittävää lääketieteellistä innovaatiota.⁸ Suurin osa oli *“me-too”*-lääkkeitä: vanhojen lääkkeiden muokattuja versioita, jotka eivät tuoneet lisätehoa tai -turvallisuutta olemassa oleviin lääkkeisiin verrattuna. Esimerkiksi diabetes- ja verenpainelääkkeiden ryhmissä markkinoilla on useita valmisteita, joiden ei ole osoitettu olevan edeltäjiään parempia.

Yksi syy "me-too"-lääkkeiden suosioon on patenttijärjestelmän rakenteessa, toinen markkinoinnissa. Tarpeeton uutuustuotteiden suosiminen tuntuu potilaan kukkarossa ja korvausjärjestelmän myötä kuluttaa myös yhteisiä terveydenhuollon resursseja, joten harkinta on tarpeen.

Uusien lääkkeiden hintaa perustellaan usein sillä, että valmista tuotetta edeltää vuosien vaativa työ – ja aina on mahdollista, ettei lopputulosta hyväksytäkään markkinoille esimerkiksi sivuvaikutusten vuoksi. Tämä on pitkälti totta, mutta lääkekehityksen kustannuksia on saatettu myös liioitella. Yleisimmin esitetyt arviot yhden lääkkeen kehittämisen hinnasta vaihtelevat 800 miljoonasta jopa 2 miljardiin dollariin ja yli. Nämä arviot perustuvat kuitenkin yritysten itsensä antamiin lukuihin, joiden takana olevat laskelmat eivät ole julkisia. Tutkijat arvioivat hiljattain, että todelliset kulut olisivat lähempänä 180–231 miljoonaa dollaria.⁹ Se, mikä laskeaan kehityskuluiksi, on osin määrittelykysymys – keskimäärin lääkeyritykset käyttävät kuitenkin markkinointiin noin kaksi kertaa enemmän rahaa kuin tuotekehitykseen.¹⁰

Mainonnan sudenkuoppia

Lääketutkimuksissa on useita tapoja saada tutkittava tuote näyttämään paremmalta kuin se todellisuudessa onkaan, ja valmiin tutkimuksen tulokset voidaan esittää muodossa, jossa lääkkeen hyödyt korostuvat ja haitat näyttävät pieniltä.¹¹ Tutkimusten onkin havaittu päätyvän tutkittavaa lääkettä suosivaan tulokseen yli kolme kertaa todennäköisemmin, jos sen rahoittajana on tuotteen kehittänyt yritys.¹²

Lääkemainoksessa kannattaa kiinnittää huomiota mm. seuraaviin seikkoihin:

- Ilmoitetaanko väitteiden takana olevat lähteet, ja vaikuttavatko ne luotettavilta?
- Esiintyykö lääke edukseen verrattuna parhaaseen olemassa olevaan hoitoon – vaiko vain lumeeseen? Onko vertailuläkettä annettu liian pienellä annoksella (jolloin teho ei ole riittävä) tai liian suurella (jolloin haittavaikutukset korostuvat)?
- Onko grafiikka harhaanjohtavaa – yritetäänkö mitätöntä eroa korostaa esimerkiksi asettamalla mitta-asteikko alkamaan muualta kuin nollasta?
- Esitetäänkö tulokset suhteellisen vai absoluuttisen riskin vähenemänä? Jos vertailuryhmän potilaista sairastui 1,5 % ja lääkeryhmässä 1 %, lääkkeen voidaan sanoa olevan joko 50 % tai 0,5 % lumetta tehokkaampi – kumpi kuulostaa paremmalta?
- Esitetäänkö tulos vain tutkimuksen jollekin alaryhmälle (esimerkiksi taudin lievää tai vaikeaa muotoa sairastavat, yli tai alle 50-vuotiaat, miehet tai naiset jne.)? Hajottamalla analyysi liian moneen osaan mahdollisuus saada näyttäviä tuloksia puhtaasti sattuman ansiosta kasvaa.
- Korostetaanko varsinaisten tulosten sijaan tilastollista merkitsevyyttä? P-arvot ovat tilastollinen suure eivätkä yksinään kerro mitään lääkkeen käyttökelpoisuudesta kliinisessä työssä.
- Markkinoidaanko faktoja vai mielikuvia? Käytetäänkö epämääräisesti muotoiltuja väitteitä kuten "vähäinen yhteisvaikutusriski"?

“Lääkefirmojen asiallahan lääkärit vain ovat”

Yhteistyö lääkäreiden ja teollisuuden välillä on yleensä asiallista, mutta tietyissä tilanteissa voi syntyä eturistiriitoja. Ongelmallista voi olla esimerkiksi, jos lääketeollisuuden asiantuntijana toiminut lääkäri on jäsenenä myös hoitosuosituksia laativassa työryhmässä tai päättää julkisen rahan käytöstä. Tällaiset sidonnaisuudet saattavat vaarantaa potilaiden luottamuksen lääkäriin – olipa huoli todellinen tai ei.

Englannissa sikainfluenssaepidemian aikana tehty mediatutkimus näytti, että sanomalehdissä haastatellut tutkijat korostivat influenssan riskejä 6-kertaisella ja suosittelivat lääkitystä 8-kertaisella todennäköisyydellä, jos heillä oli yhteyksiä influenssalääkkeitä valmistaviin yrityksiin.¹³ Kun epäilyt diabeteslääke rosiglitasonin sydänhaitoista taas heräsivät, lääkettä puolustivat kovaaäänisimmin ne lääkärit, joilla oli suhteita sen kehittäneeseen yritykseen.¹⁴ Kyseisen influenssalääkkeen teho on sittemmin asetettu kyseenalaiseksi, ja rosiglitasoni vedettiin markkinoilta, koska sen havaittiin lisäävän sydäninfarktin riskiä.

Hyvä, paha teollisuus?

Lääkeyritykset toimivat liike-elämän ehoilla ja käyttävät myyntinsä edistämiseksi samoja keinoja kuin mitkä tahansa muutkin yritykset. Terveystenhoito poikkeaa kuitenkin muista liiketoiminta-aloista merkittäväillä tavoilla.¹⁵

Kun kuluttaja päättää hankkia vaikkapa uuden kodinkoneen, hän pohtii ensin tarpeitaan, vertailee tuotteita ja ostaa lopulta itselleen sopivimman. Jos kauppiaan lupaukset eivät toteudu, kuluttajan asema on yleensä hyvin turvattu. Lääkkeen tarvitseva potilas on kuitenkin hyvin toisenlaisessa tilanteessa. Hän ei ole valinnut sairauttaan, eikä helposti ymmärrettävää tietoa eri hoitojen eduista ja haitoista välttämättä ole. Lääkärin vastuu on suuri: jos määrätty lääke onkin turha, kallis tai aiheuttaa tarpeettomia sivuvaikutuksia, haitat koituvat potilaan ja yhteiskunnan harteille.

Löydä oma tyylisi

Terveystenhoillon ammattilaisena päätät itse, minkälaisen suhteen muodostat lääketeollisuuteen. Esimerkiksi asiallinen tutkimusyhteistyö on kaikkia osapuolia, myös potilasta, hyödyttävää, ja toisaalta markkinoinnille altistumista on vaikea välttää kokonaan, vaikka haluaisikin. Kannattaa kuitenkin miettiä, miten paljon luovutat teollisuudelle valtaa vaikuttaa mielikuviisi ja hoitopäätöksiisi. Otatko vastaan lahjoja? Osallistutko yritysten rahoittamille illallisille?

Vaikka teollisuus järjestää ja tukee useita lääkäreiden ja opiskelijoiden tapahtumia, riipumatontakin toimintaa on olemassa. Jos olet kiinnostunut lääkärin roolista yhteiskunnan jäsenenä, liity mukaan LSV:n terveystalitiikkaryhmään. Lääkepolitiikan ja sidonnaisuuksien läpinäkyvyyden lisäksi työskentelemme muun muassa paperittomien maahanmuuttajien terveystalveluiden edistämiseksi.

Lähteet

1. HENSLEY S, MARTINEZ B. *To Sell Their Drugs, Companies Increasingly Rely on Doctors*. Wall St J (East Ed). 2005 Jul 15; A1, A2.
2. ORLOWSKI JP, WATESKA L. *The effects of pharmaceutical firm enticements on physician prescribing patterns. There's no such thing as a free lunch*. Chest. 1992 Jul;102(1):270-3.
3. SPURLING GK, MANSFIELD PR, MONTGOMERY BD, LEXCHIN J, DOUST J ET AL. (2010) *Information from Pharmaceutical Companies and the Quality, Quantity, and Cost of Physicians' Prescribing: A Systematic Review*. PLoS Med 7(10): e1000352. doi:10.1371/journal.pmed.1000352
4. KING M ET AL. *Medical school gift restriction policies and physician prescribing of newly marketed psychotropic medications: difference-in-differences analysis*. BMJ 2013;346:f264
5. GRANDE D ET AL. *Effect of Exposure to Small Pharmaceutical Promotional Items on Treatment Preferences*. Arch Intern Med. 2009;169(9):887-893.
6. MORGAN MA ET AL. *Interactions of doctors with the pharmaceutical industry*. J Med Ethics. Oct 2006; 32(10): 559-563.
7. LIEB K, KOCH C. *Medical Students' Attitudes to and Contact With the Pharmaceutical Industry: A Survey at Eight German University Hospitals*. Dtsch Arztebl Int. Volume 110(35-36); September 2013.
8. PRESCRIRE (2007): *A look back at pharmaceuticals in 2006: aggressive advertising cannot hide the absence of therapeutic advances*. Prescrire International April 2007 / Volume 16 N° 88.
9. LIGHT DW, WARBURTON R: *Demythologizing the high costs of pharmaceutical research*. BioSocieties 6, 34-50, 7 February 2011.
10. GAGNON M, LEXCHIN J (2008): *The Cost of Pushing Pills: A New Estimate of Pharmaceutical Promotion Expenditures in the United States*. PLoS Med. 2008 Jan 3;5(1):e1.
11. MINTZES B ET AL. *Understanding and Responding to Pharmaceutical Promotion: A Practical Guide*. World Health Organization & Health Action International 2010.
12. BEKELMAN, JE, LI, Y, GROSS, CP. (2003): *Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research: a systematic review*. JAMA. 2003 Jan 22-29;289(4):454-65.
13. MANDEVILLE KL ET AL. *Academics and competing interests in H1N1 influenza media reporting*. J Epidemiol Community Health 2014;68:197-203 doi:10.1136/jech-2013-203128
14. WANG AT ET AL. *Association between industry affiliation and position on cardiovascular risk with rosiglitazone: cross sectional systematic review*. BMJ. 2010; 340: c1344.
15. HEMMINKI E. *Lääkäreiden ja lääketeollisuuden suhteet: ongelmia ja ratkaisuehdotuksia*. Suomen Lääkärilehti 61:36 21–5, 2006.

