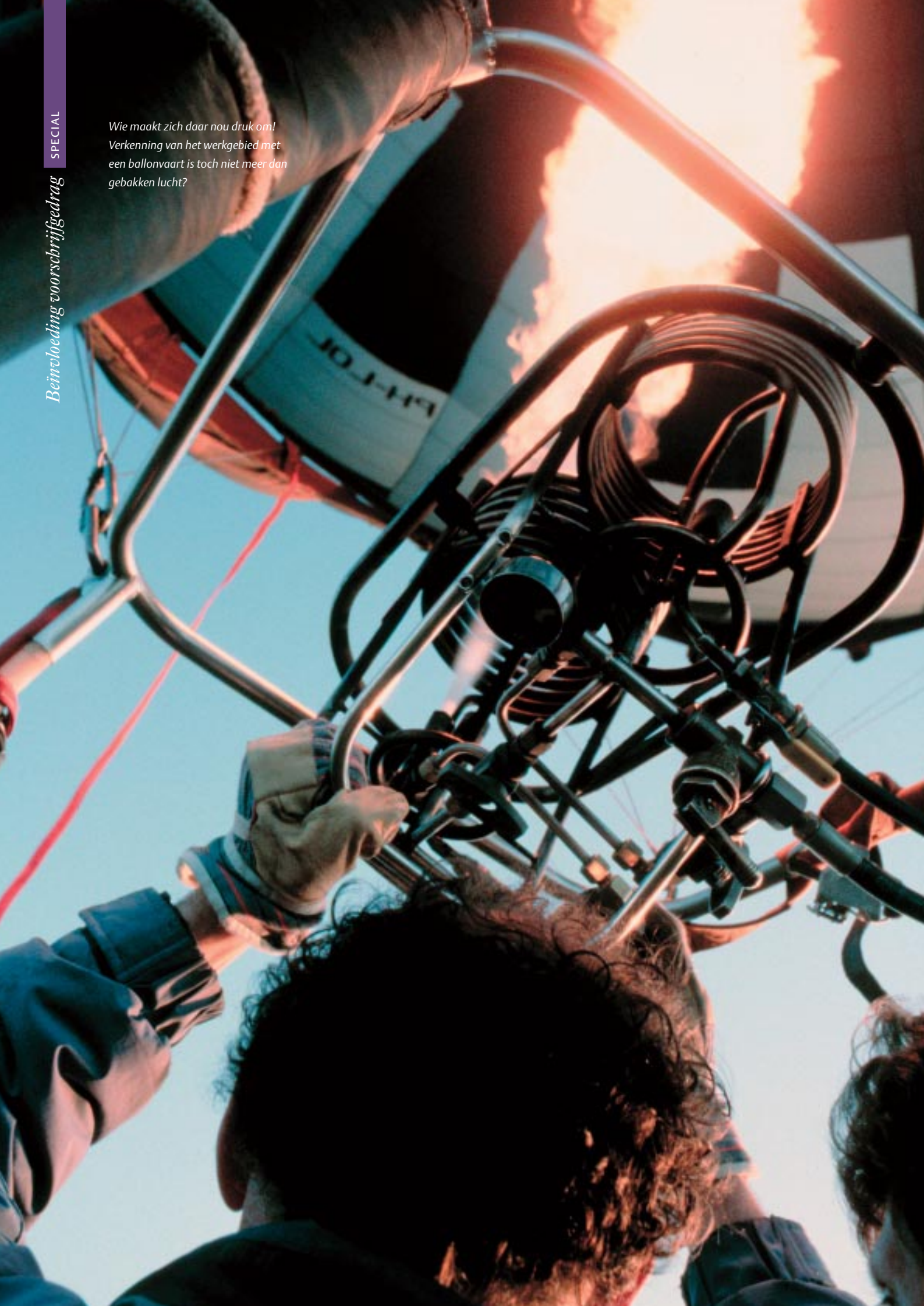


Wie maakt zich daar nou druk om!
Verkenning van het werkgebied met
een ballonvaart is toch niet meer dan
gebakken lucht?



Invloed? Welke invloed?

Relaties tussen de farmaceutische industrie en artsen of apothekers zijn onvermijdelijk, en niet per definitie slecht. Openheid van zaken is echter lastig: bedrijven hebben liever geen pottenkijkers in de keuken van de marketing, en artsen en apothekers ontkennen (of onderschatten) beïnvloeding veelal. Dit artikel biedt een overzicht van onderzoek naar marketingactiviteiten die zijn gericht op beïnvloeding.

Stefan Florentinus, *Disciplinegroep Farmaco-epidemiologie en Farmacotherapie, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences*
Liset van Dijk, *NIVEL, Utrecht*
Annemarie de Jong, *NIVEL, Utrecht*
Rob Heerdink, *Disciplinegroep Farmaco-epidemiologie en Farmacotherapie, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences*

Sinds enkele jaren is de discussie over de relatie van de farmaceutische industrie met artsen en apothekers weer opgelaaid. In 2002 zijn nieuwe normen voor gunstbetoon in het kader van marketing van geneesmiddelen van kracht geworden [1]. Gunstbetoon is een onderdeel van het marketingbeleid, maar hoe zit het nu met andere vormen van marketing? Recentelijk zijn drie rapporten verschenen die inzicht geven in de wijze waarop de farmaceutische industrie in Nederland invloed uitoefent op arts en apotheker [2-4]. Hoewel de farmaceutische industrie niet de enige factor van invloed is, wordt in dit artikel alleen inzicht gegeven in de relaties van de farmaceutische industrie met artsen en apothekers en het onderzoek dat op dit terrein is gedaan.

Farmaceutische marketing

Farmaceutische bedrijven hebben uitgebreide marketingcampagnes voor nieuwe geneesmiddelen waarin vele marketinginstrumenten naast elkaar gebruikt worden [3]. Het doel van marketing is artsen en

apothekers bewust te maken van de beschikbaarheid van een nieuw geneesmiddel en hen te informeren over de wenselijke eigenschappen van het product, met als doel de verkoop te vergroten [5]. Jaarlijks geeft de farmaceutische industrie grote bedragen uit aan marketing: haar marketingbudgetten zijn groter dan de onderzoeks- en ontwikkelingskosten [6]. De schattingen van de omvang lopen uiteen, omdat enerzijds marketing- en administratiekosten vaak door elkaar lopen en anderzijds de onderzoeks- en ontwikkelingsbudgetten deels aan marketingonderzoek worden besteed [2, 6]. Het marketingbudget ligt ergens tussen 10 en 20% van de totale omzet [7].

Uit kwalitatief onderzoek van het ministerie van VWS blijkt dat zowel de veertien geïnterviewde artsen als vertegenwoordigers van de farmaceutische industrie een groot deel van hun onderlinge interacties waardevol en noodzakelijk vinden [4]. Anderen zijn van mening dat deze interactie tussen de farmaceutische industrie en de medische beroepsgroep ook negatieve aspecten heeft [8].

Waarom zoveel marketing?

De geneesmiddelenmarkt kent drie eigenschappen die de omvang van de marketinginspanningen kunnen verklaren: innovatie en imitatie, asymmetrische informatie en prijselasticiteit [3, 5].

INNOVATIE EN IMITATIE

Jaarlijks komen nieuwe, door patent beschermde geneesmiddelen op de markt. Na de periode van alleenrecht is het voor elke fabrikant mogelijk een generieke versie te produceren. Voor een fabrikant van merkgeneesmiddelen is het van vitaal belang om door marketing een zo groot mogelijk marktaandeel te →

Kernpunten

- De geneesmiddelenmarkt kent drie eigenschappen die de omvang van de marketinginspanningen kunnen verklaren: innovatie en imitatie, asymmetrische informatie en prijselasticiteit.
- Bij farmaceutische marketing valt de verscheidenheid aan marketinginstrumenten op.
- Artsen en apothekers moeten beseffen dat de technieken die de industrie gebruikt om het voorschrijfgedrag te beïnvloeden, meer invloed hebben dan zij zelf denken.

verwerven in een zo kort mogelijk tijdsbestek na introductie van het geneesmiddel, om onderzoeks- en ontwikkelingskosten terug te verdienen.

INFORMATIE-ASYMMETRIE

Op het moment dat een nieuw geneesmiddel wordt geïntroduceerd bestaat er een grote discrepantie tussen de kennis van de fabrikant en de kennis van de arts/apotheker. De fabrikant heeft kennis opgedaan door jaren onderzoek, terwijl het middel voor de arts/apotheker nieuw is. Het voorschrijven van een nieuw geneesmiddel zal bij de arts altijd een bepaalde mate van onzekerheid met zich meebrengen. De huisarts kan

*Na de periode van alleenrecht
is het voor elke fabrikant mogelijk
een generieke versie te produceren*

deze onzekerheid reduceren door het inwinnen van informatie [9]. Fabrikanten kunnen in deze behoefte voorzien, maar kunnen de asymmetrie ook gebruiken als marketinginstrument.

McGettingan e.a. toonden in een onderzoek onder 430 Britse artsen aan dat commerciële bronnen vooral belangrijk zijn bij de eerste kennismaking met een nieuw geneesmiddel. Professionele bronnen, zoals collega-artsen en apothekers, zijn vooral belangrijk bij het voorschrijven [10]. Gevraagd naar de belangrijkste bron om een nieuw geneesmiddel voor te schrijven, antwoordde 83% van de huisartsen dat het *Drugs and Therapeutics Bulletin* (te vergelijken met het *Geneesmiddelbulletin*) in theorie het belangrijkste was. In 42% van de gevallen echter was de informatie over het laatst voorgeschreven nieuwe geneesmiddel afkomstig van de artsbezoeker. De auteurs concluderen dan ook dat informatiebronnen die artsen als betrouwbaar beschouwen, in de praktijk niet de belangrijkste zijn. Zowel huisartsen als specialisten onderschatten de invloed van de artsbezoeker.

Recent Nederlands onderzoek laat zien dat de helft van de huisartsen zegt geen artsbezoeker te ontvangen. Bij het voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen informeren zij zich vooral via het *Geneesmiddelbulletin* (82%) en het farmacotherapeutisch overleg (86%).

PRIJSELASTICITEIT

De prijselasticiteit geeft aan hoe gevoelig een arts is voor veranderingen in de prijs van het geneesmiddel. Bij een lage prijselasticiteit speelt de prijs nauwelijks een rol bij het voorschrijven. In het algemeen is de prijselasticiteit onder artsen laag [5]; ook in Nederland is dit het geval [3, 11]. Verschillende factoren zijn hiervoor verantwoordelijk [3]. Ten eerste is de verzekeringsgraad in Nederland hoog. Doordat het middel vaak wordt vergoed, speelt de prijs een ondergeschikte rol. Ten tweede hechten mensen veel waarde aan hun gezondheid en hebben zij hier relatief veel geld voor over. Ten derde is het de arts die de beslissing neemt welk genees-

middel voor te schrijven; de arts is echter niet degene die het geneesmiddel betaalt. Ten vierde zorgen overheidsmaatregelen, zoals prijsregulatie, voor een lage prijselasticiteit. Prijsregulatie zorgt voor kleinere prijsverschillen tussen geneesmiddelen. Hierdoor is de prijs een minder belangrijk keuzecriterium. Ten slotte beïnvloedt marketing ook de prijselasticiteit. Marketing kan enerzijds de prijselasticiteit verhogen door het geven van informatie. Anderzijds kan marketing door *brand loyalty* een lage prijselasticiteit veroorzaken.

Gezien de inkoopfunctie van de apotheker is het aannemelijk dat de prijselasticiteit onder apothekers hoger is dan onder artsen en patiënten. De apotheker gebruikt zijn kennis van geneesmiddelprijzen bij het substitueren van specialités door generieke middelen. Fabrikanten van generieke geneesmiddelen richten hun marketingactiviteiten dan ook voornamelijk op apothekers.

Marketinginstrumenten en activiteiten

De farmaceutische industrie heeft een uitgebreid arsenaal aan marketinginstrumenten om het voorschrijfgedrag te beïnvloeden. Naast gangbare instrumenten – zoals artsbezoekers, direct mail en advertenties – worden ook branchespecifieke instrumenten ingezet. De voor de farmaceutische industrie unieke marketinginstrumenten zijn postmarketingonderzoek (ook wel fase-IV-onderzoek genoemd), organiseren van nascholing en het sponsoren van onderzoek. In 2001 en 2002 zijn drie rapporten verschenen waarin de farmaceutische marketing in Nederland wordt belicht [2-4]. Wat opvalt is de verscheidenheid aan marketinginstrumenten. Het inzetten van meerdere marketinginstrumenten tegelijkertijd kan verklaard worden door het synergistisch effect van de activiteiten.

*Inzet van meerdere marketing-
instrumenten tegelijkertijd kan
verklaard worden door het synergistisch effect*

Figuur 1 geeft weer langs welke wegen de farmaceutische industrie artsen en apothekers kan beïnvloeden. Deze figuur is ontleend aan het rapport 'Marketingplannen voor UR-geneesmiddelen' [2]. Hieronder zullen de belangrijkste marketinginstrumenten kort worden toegelicht.

ARTSENBEZOEKERS

Van alle marketinginstrumenten in de farmaceutische industrie is de artsbezoeker het meest bekend. De bereidheid van artsen om vertegenwoordigers te ontvangen varieert individueel. Uit onderzoek blijkt dat artsbezoekers een belangrijke bron zijn voor informatie over nieuwe geneesmiddelen [12-15].

In een onderzoek naar het gebruik van informatiebronnen door 124 Australische artsen gaf 40% aan dat de artsbezoeker de eerste informatie over een nieuw geneesmiddel verschaft [16]. 71% noemde ten minste één

commerciële bron en 42% ten minste één professionele bron als eerste informatie. Uit een recente publicatie in *BMJ* blijkt dat Britse huisartsen die meer artsenontvangers ontvangen een grotere bereidheid tonen om nieuwe geneesmiddelen voor te schrijven en vatbaarder zijn voor reclame van de industrie [17]. Peay e.a. karakteriseren een subgroep van ongeveer 15% van de artsen die in het bijzonder commercieel georiënteerd zijn en sterk afhankelijk zijn van informatie van de farmaceutische industrie [16].

Uit Nederlands onderzoek komt naar voren dat de helft van de huisartsen geen artsenbezoekers ontvangt [18]. Hetzelfde onderzoek toonde aan dat naarmate huisartsen meer artsenbezoekers ontvangen, zij vaker de nieuwe geneesmiddelen rofecoxib en esomeprazol voorschrijven, maar dat zij dit niet vaker *off-label* doen.

De grote populariteit van de artsenbezoeker is deels te verklaren uit het feit dat de informatie in 'verteerde' vorm wordt aangeboden. Met een artsenbezoeker wordt in kortere tijd en met minder moeite informatie vergaard.

ADVERTENTIES

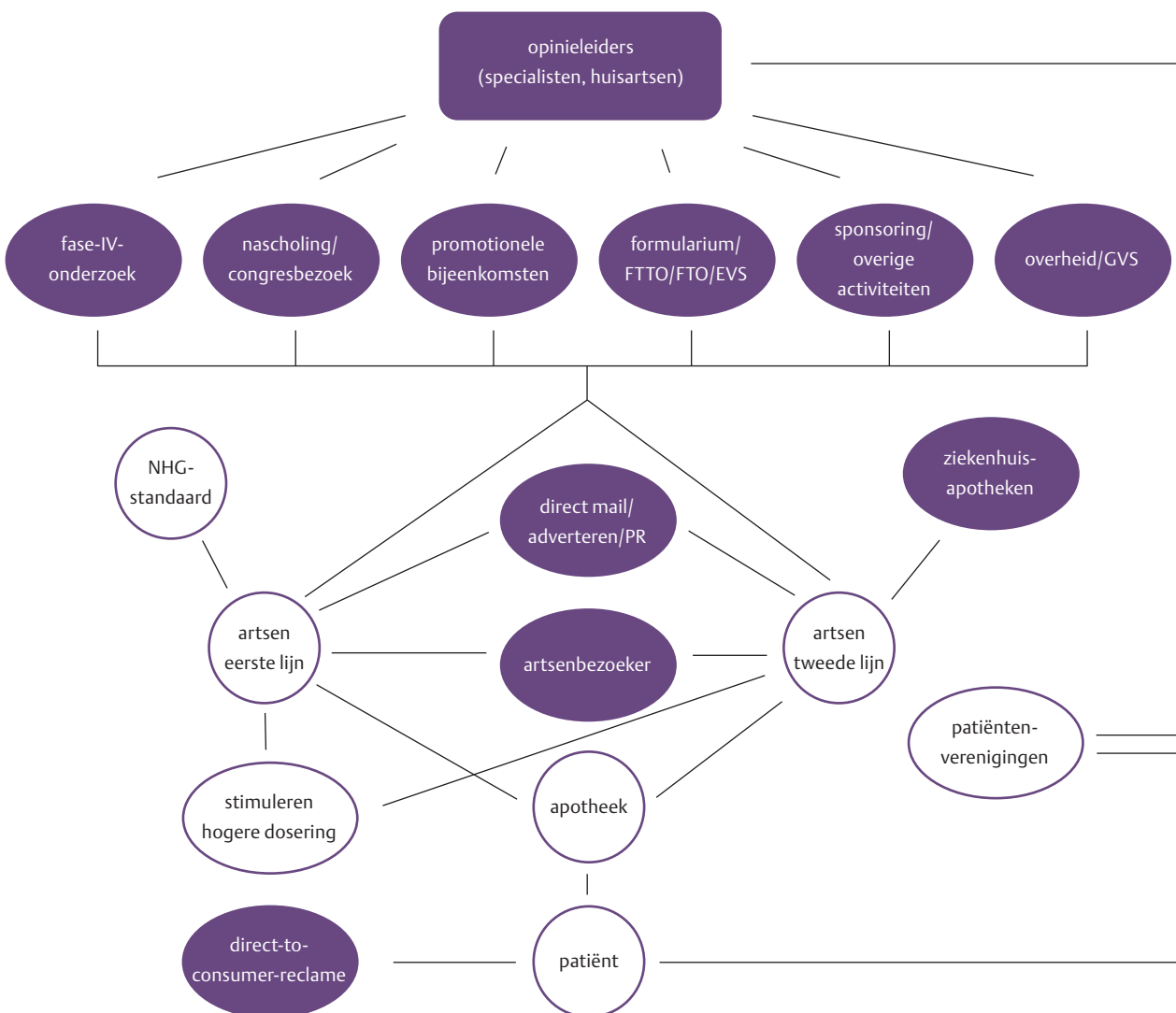
In medische tijdschriften wordt veel reclame voor geneesmiddelen gemaakt om naamsbekendheid te verwerven. Naast de productnaam worden meestal een of twee productkenmerken genoemd waarin het middel zich onderscheidt van dat van concurrenten. In een onderzoek naar de onderbouwing van de reclameuitingen door literatuurreferenties in medische tijdschriften concluderen Villanueva e.a. dat in 44,1% van de advertenties de boodschappen niet worden onderbouwd door de literatuurreferenties [19]. Veelal wordt het geneesmiddel aanbevolen voor andere patiëntengroepen dan de onderzoekspopulatie uit de studie. Uit een andere studie naar de eigenschappen van reclamemateriaal blijkt dat 42% van het reclamemateriaal niet voldoet aan de door de FDA gestelde eisen [20].

POSTMARKETINGONDERZOEK

Na het afronden van het klinisch onderzoek en verkrijgen van een handelsregistratie komt het →

Figuur 1

SAMENHANG TUSSEN VERSCHILLENDE MARKETINGINSTRUMENTEN VAN DE FARMACEUTISCHE INDUSTRIE (NAAR [2])





R. Coolen van Brakel, directeur DGV,
Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik

De DGV-directeur

“Elk presentje heeft invloed”

Het is een schande dat we nog steeds met kralen en spiegeltjes in de weer zijn.
“Banaal maar waar: spiegeltjes en kralen hebben effect. Uit onderzoek van Dana en Loewenstein in JAMA [2003;290:252-5] blijkt dat de waarde van een cadeau niet eens uitmaakt. Elke vorm van aandacht die gepaard gaat met een presentje is beïnvloedend, hoe nuchter de ontvanger ook denkt te zijn. Dat is ontvullend.”

Huisartsen zouden helemaal geen cadeaus van de farmaceutische industrie moeten aannemen.

“Huisartsen moeten elke schijn van financieel belang bij het voorschrijven vermijden. Het komt hun imago niet ten goede en kan de verhoudingen in FTO-verband schaden. De patiënt moet ervan uit kunnen gaan dat enkel objectieve criteria zijn gebruikt bij de geneesmiddelkeuze. Cadeaus passen hier niet bij, en zouden niet aangeboden en niet geaccepteerd moeten worden.”

Dat apothekers zo veel mogelijk naar generiek willen omzetten, komt (mede) omdat ze tegenwoordig ook bij de inkoop van deze middelen veel geld kunnen verdienen.

“Het meer voorschrijven en afleveren van generieke producten past binnen het streven naar betaalbaar blijvende geneesmiddelenvoorziening. Dat apothekers er ook meer aan kunnen verdienen is waar. Dat dit tot scheve gezichten kan leiden, is onterecht. Kwaliteit moet voorop staan; wel kunnen apothekers transparanter zijn in de voordelen die ze hebben, dat leidt tot meer vertrouwen.”

Fabrikanten zijn een belangrijke en gewaardeerde bron van informatie over de geneesmiddelen die ze verkopen.

“Klopt. Zij hebben de meest gedetailleerde kennis over hun eigen middelen. Ze kunnen bij problemen of bij richtlijnenbepalingen een belangrijke informatiebron zijn. Dat is iets anders dan het één op één ‘voorlichten’ van beroepsbeoefenaren. Marketing en objectieve voorlichting bijten elkaar te vaak. Het gaat hier niet om wasmiddelen voor de eigen onderbroeken, maar ook om maatschappelijke verantwoordelijkheid.”

Het wordt tijd dat publieksgerichte reclame voor receptmiddelen wordt toegestaan.

“Absoluut mee oneens. De klant heeft onvoldoende kennis van diagnostiek en alternatieven. Bovendien staan hem niet voor niets deskundige adviseurs tot zijn beschikking: artsen en apothekers. Alleen aandeelhouders van bedrijven en werknemers in de reclame worden hier ‘beter’ van.”

geneesmiddel op de markt. Het onderzoek naar de effectiviteit en bijwerkingen van het geneesmiddel is daarmee niet tot een einde gekomen. Het zogenaamde fase-IV-onderzoek, ook wel *postmarketing surveillance* genoemd, wordt uitgevoerd om de effectiviteit en de bijwerkingen van het geneesmiddel in de praktijk vast te stellen. Fase-IV-onderzoek kan een puur wetenschappelijk karakter hebben. Farmaco-epidemiologisch onderzoek kan zeldzame bijwerkingen aan het licht brengen [21].

Naast het puur wetenschappelijke doel kan fase-IV-onderzoek ook dienen als marketinginstrument om het geneesmiddel ‘in de pen van de arts’ te krijgen. Dit soort fase-IV-onderzoek wordt *seeding trials* genoemd. De objectieve waarde van deze studies is nihil [22].

NASCHOLING, CONGRESSEN EN SYMPOSIA

Artsen zijn verplicht enkele tientallen uren per jaar aan nascholing te besteden. Om het wetenschappelijke karakter te waarborgen kunnen nascholingscursussen door een wetenschappelijke vereniging of een onafhankelijke instantie worden geaccrediteerd. Ook cursussen georganiseerd door de farmaceutische industrie kunnen geaccrediteerd worden. De Bruin en Oosting gaan in dit nummer verder in op het begrip gastvrijheid en nascholing (zie blz. 196).

Uit een onderzoek naar het gebruik van nascholing als marketinginstrument blijkt dat ongeveer de helft van de nascholingscursussen voor huisartsen wordt georganiseerd door de industrie [2]. Uit de analyse van de aangeboden nascholing blijkt dat de industrie op twee manieren invloed probeert uit te oefenen: door selectie van de onderwerpen en door selectie van de inhoud van de cursussen [23].

Conclusie

Evenals andere industrieën zet de farmaceutische industrie marketing in om haar klanten bewust te maken van de wenselijke eigenschappen van een nieuw product. Artsen en apothekers moeten zich bewust zijn van de technieken die de industrie gebruikt om het voorschrijfgedrag te beïnvloeden: de invloed van marketing op hun handelen is groter dan zij zelf denken.

Relaties tussen de farmaceutische industrie en voorschrijvers en aflevers zijn onontkoombaar en zeker niet altijd

slecht. Voor alle partijen is het van belang dat, waar deze relaties bestaan, zij transparant zijn voor derden. Apothekers en artsen dienen zelf de informatie over nieuwe geneesmiddelen op waarde te schatten en in hun achterhoofd te houden dat de invloed van de industrie groter is dan zij zelf denken.

Onderzoek naar de marketingactiviteiten van farmaceutische bedrijven is lastig: enerzijds omdat

Ongeveer de helft van de nascholingscursussen voor huisartsen wordt georganiseerd door de industrie

bedrijven uit concurrentieoverwegingen niet graag openheid van zaken willen geven over hun marketing-beleid, anderzijds omdat artsen en apothekers niet graag toegeven dat zij beïnvloed worden door marketing. Het onderzoek naar de effecten van marketing is dan ook vaak van kwalitatieve aard.

De Universiteit Utrecht onderzoekt in samenwerking met het NIVEL op het moment de voorschrijfpatronen van nieuwe geneesmiddelen in het UNICA-onderzoek. Daarbij wordt niet alleen gekeken naar de invloed van de farmaceutische industrie, maar ook naar andere invloeden op het voorschrijfgedrag, zoals die uitgaan van de apotheker en FT(T)O. De universiteit hoopt hiermee meer inzicht te krijgen in de verschillende factoren die het voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen beïnvloeden ●

LITERATUUR

- Moss F. Gunstbetoning aan banden. Stichting Code Geneesmiddelenreclame heeft normen uitgewerkt en geactualiseerd. Pharm Weekbl 2003;137(33):1158-62.
- Marketingplannen voor UR-geneesmiddelen: de feitelijke stand van zaken. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg; 2001.
- De Laat E, Windmeijer F, Douven R. How does pharmaceutical marketing influence doctors' prescribing behaviour? Den Haag: Centraal Planbureau; 2002.
- Timmer H, Vrije S, Zwanepol E, Brand H. Interacties zonder ongewenste bijwerkingen. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2001.
- Smith MC, Kolassa EM, Perkins G, Siecker B. Pharmaceutical marketing. Principles, environment, and practice. Binghamton: Haworth; 2002. p. 360.
- Angell M. The pharmaceutical industry – to whom is it accountable? N Engl J Med 2000;342(25):1902-4.
- Mandour Y. Marketinguitgaven: meer vragen dan antwoorden. Pharm Weekbl 2002;137(17):595.
- Kant A, Palm I, van Raak R. Ongemakkelijke minnaars. Pleidooi voor een scheiding van tafel en bed. Den Haag: Tweede-Kamerfractie Socialistische Partij; 2001.
- Coleman JS, Katz E, Menzel H. Medical innovation: a diffusion study. New York: Bobbs-Merrill Company; 1966.
- McGettigan P, Golden J, Fryer J, et al. Prescribers prefer people: the sources 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.
- Denig P, Haaïjer-Ruskamp FM. Do physicians take cost into account when making prescribing decisions? Pharmacoeconomics 1995;8(4):282-90.
- Jones MI, Greenfield SM, Bradley CP. Prescribing new drugs: qualitative study of influences on consultants and general practitioners. BMJ 2001; 323(7309):378-81.
- Peay MY, Peay ER. The role of commercial sources in the adoption of a new drug. Soc Sci Med 1988;26(12):1183-9.
- Prosser H, Walley T. New drug uptake: qualitative comparison of high and low prescribing GPs' attitudes and approach. Fam Pract 2003;20(5):583-91.
- Prosser H, Almond S, Walley T. Influences on GPs' decision to prescribe new drugs – the importance of who says what. Fam Pract 2003;20(1):61-8.
- Peay MY, Peay ER. Differences among practitioners in patterns of preference for information sources in the adoption of new drugs. Soc Sci Med 1984;18(12):1019-25.
- Watkins C, Moore L, Harvey I, et al. Characteristics of general practitioners who frequently see drug industry representatives: national cross sectional study. BMJ 2003;326(7400):1178-9.
- Van Dijk L, Florentinus S, de Jong A, et al. Het voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen in de huisartspraktijk: voorschrijfvolume en off-label voorschrijven. Utrecht: NIVEL; 2003.
- Villanueva P, Peiro S, Librero J, Pereiro I. Accuracy of pharmaceutical advertisements in medical journals. Lancet 2003;361(9351):27-32.
- Stryer D, Bero LA. Characteristics of materials distributed by drug companies. An evaluation of appropriateness. J Gen Intern Med 1996;11:575-83.
- Bouvy ML, Egberts AC, Leufkens HMG. Klinisch onderzoekers en de farmaceutische industrie. Troglitazon en mibefradil in opspraak. Ned Tijdschr Geneesk 1999;143(34):1727-9.
- Van Grootheest AC. Seeding trials zaaien verwarring. Pharm Weekbl 1999;134(5):148-9.
- Van der Linde H. Nascholing als marketinginstrument. Med Contact 2001;56(3):97-9.

Correspondentie kan worden gericht aan drs. S.R. Florentinus, Farmaco-epidemiologie en Farmacotherapie, Faculteit Farmaceutische Wetenschappen, Postbus 80082, 3508 TB Utrecht.

De PW-special van 5 maart 2004: Bipolaire stoornis

De bipolaire stoornis (manisch-depressieve psychose) is een ernstige aandoening: als de ziekte therapieresistent is, bestaat een grote kans dat de patiënt zelfmoord pleegt. Voor manisch-depressieve patiënten is ook de uitputting in de manische fase gevaarlijk. De voornaamste therapie is lithium, al is dit middel niet zonder bijwerkingen. Er is onderzoek gaande naar het effect van nieuwe stemmingsstabilisatoren. In de PW-special wordt dit ziektebeeld uitgebreid beschreven. Ook de farmacotherapie met lithium en andere medicatie komt aan bod. De special beantwoordt daarnaast vragen als: kunnen er problemen optreden bij de zwangerschap? Heeft de ziekte ook genetische aspecten? Hoe is het voor patiënten om met de bipolaire stoornis te moeten leven?